



TRAITÉ
DE
THÉRAPEUTIQUE
APPLIQUÉE

LISTE DES COLLABORATEURS

ACHARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.
ARNOZAN, professeur à la Faculté de Bordeaux.
AUBERT, médecin des hôpitaux de Lyon.
AUDRY, médecin des hôpitaux de Lyon.
AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris.
BALLET, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
BALZER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
BARBE, chef du laboratoire de dermatologie à l'hôpital Saint-Antoine.
BARDET, rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*.
BARIÉ, médecin de l'hôpital Tenon.
BARTH, médecin de l'hôpital Necker.
BAUMEL, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
BERGÉ, ex-interne des hôpitaux de Paris.
BESNIER, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
BLANCHARD, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
BLIN, médecin de l'hospice de Vaucluse.
BOINET, médecin des hôpitaux, agrégé des Facultés, professeur à l'École de Marseille.
BOISSARD, accoucheur de l'hôpital Tenon.
BOUILLY, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin.
BOURCY, médecin de l'hôpital Tenon.
BRAULT, médecin de l'hôpital Tenon.
BRISSAUD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
BROCQ, médecin de l'hôpital Broca.
BROUSSE, prof. agrégé à la Faculté de Montpellier.
BUCQUOY, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.
BUDIN, membre de l'Académie de médecine, accoucheur de la Maternité.
CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur à Lille.
CAPITAN, assistant de consultation à la Pitié.
CATRIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
CHANDELUX, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.
CHARPENTIER, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
CHASLIN, médecin de l'hospice de Bicêtre.
CHAUFFARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Cochin.
CHEVALLEREAU, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.
COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants Malades.
DALCHÉ, médecin des hôpitaux de Paris.
DREYFUS-BRISAC, médecin de l'hôpital Lariboisière.
DUBREUILH, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, médecin des hôpitaux.
DUCAMP, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
DU CASTEL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
DUMONTPALLIER, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.
ESTOR, professeur à la Faculté de Montpellier.
ÉTIENNE, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
FAISANS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
FÉRÉ, médecin de l'hospice de Bicêtre.
GALLIARD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.
GAUCHER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
GELLÉ, membre de la Société de biologie.
G. DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Hérold.
GIRAUDEAU, médecin de l'hôpital Tenon.
GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière.
GRASSET, professeur à la Faculté de Montpellier.
HALLOPEAU, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hopital Saint-Louis.
HAUSHALTER, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
HIRTZ, médecin de l'hôpital Laennec.
HUCHARD, membre de l'Académie de médecine.
HUET, chef du laboratoire d'électrothérapie à la clinique de la Salpêtrière.
HUTINEL, professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.
JANET, professeur suppléant au Collège de France, directeur du Laboratoire de psychologie de la clinique de la Salpêtrière.
JOFFROY, professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'asile Sainte-Anne.
JOSIAS, médecin de l'hôpital Trousseau.
KALT, médecin de la clinique des Quinze-Vingts.
KELSCH, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'École du service de santé militaire de Lyon.
LABADIE-LAGRAVE, médecin de l'hôpital de la Charité.
LABORDE, membre de l'Académie de médecine.
LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu.
LANNOIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.
LAVERAN, membre de l'Académie de médecine, médecin principal de 1re classe.
LELOIR, professeur à la Faculté de Lille.
LEMOINE, professeur à la Faculté de Lille.
LEREDDE, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LERMOYEZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
LONDE, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LUBET-BARBON, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LYONNET, médecin des hôpitaux de Lyon.
MAGNAN, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'asile Sainte-Anne.
MAIRET, doyen de la Faculté de Montpellier.
MANQUAT, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
MARIE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hospice de Bicêtre.
H. MARTIN, médecin de l'hôpital Tenon.
MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral.
HENRY MEIGE, secrétaire de la rédaction de la *Revue Neurologique*.
MÉNIÈRE, médecin adjoint de l'Institution des Sourds-Muets.
MERKLEN, médecin de l'hôpital Laënnec.
MOLLARD, ex-chef des travaux biologiques à la Faculté de Lyon.
MOSSÉ, professeur à la Faculté de Toulouse.
MUSELIER, médecin de l'hôpital Lariboisière.
NETTER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Trousseau.
ŒTTINGER, médecin de l'hôpital Broussais.
PANAS, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
PARINAUD, ex-interne des hôpitaux de Paris.
PÉCHARMAN, médecin des asiles de la Seine.
PEYROT, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
PITRES, doyen de la Faculté de Bordeaux.
POZZI, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Broca.
RAUZIER, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
RÉMOND, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.
RENAUT, professeur à la Faculté de Lyon.
RENDU, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker.
RICARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
RICHARDIÈRE, médecin de l'hôpital Trousseau.
RITTI, médecin de l'asile de Charenton.
SABOURAUD, chef du laboratoire de la clinique de l'hôpital Saint-Louis.
SARDA, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
SCHMITT, professeur à la Faculté de Nancy.
SEGOND, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de la Salpêtrière.
SÉRIEUX, médecin des asiles d'aliénés de la Seine.
SIREDEY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
SOLLIER, ex-chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté de Paris.
SPILLMANN, professeur à la Faculté de Nancy.
SPRINGER, chef de laboratoire à la clinique médicale de la Charité.
STRAUS, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
TALAMON, médecin de l'hôpital Tenon.
TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon.
TROISIER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon.
VALUDE, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.
VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare.
VINAY, médecin de la Maternité de Lyon.
WEBER, ancien interne des hôpitaux de Paris.
WEILL, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

TRAITÉ
DE
THÉRAPEUTIQUE
APPLIQUÉE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

ALBERT ROBIN

DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE



SPÉCIALITÉS

TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

PAR MM.

V. MAGNAN
De l'Académie de médecine.

A. PÉCHARMAN
Médecin des asiles d'aliénés de la circonscription de Paris.

PH. CHASLIN
Médecin adjoint à la Salpêtrière.

A. MAIRET
Doyen de la Faculté de Montpellier.

E. BLIN
Médecin de l'asile de Vaucluse.

A. RITTI
Médecin de la maison nationale de Charenton.

P. SOLLIER
Ancien chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté de Paris.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

J. WEILL-MANTOU

PARIS

RUEFF ET CIE, ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1898

TRAITEMENT

DES

MALADIES MENTALES

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

SUR LES

MALADIES MENTALES

PAR

V. MAGNAN

De l'Académie de Médecine.

ET

A. PÉCHARMAN

Médecin des asiles d'aliénés de la circonscription de Paris.

I

Notions pathologiques générales.

Sommaire. — Ce que doit être, dans un traité de thérapeutique, une revue générale de la pathologie mentale.

A. — la folie a un point de vue symptomatique. — Classification d'Esquirol et de ses successeurs jusqu'à Morel.

B. — Analyse séméiologique des principaux groupes symptomatiques.

1° *La manie.* — État maniaque, vrai, idiopathique : éréthisme cortical ; suractivité cérébrale, débordante ; « *tout au dehors* » est la formule du maniaque. Faux états maniaques créés par des hallucinations, des conceptions délirantes (délires toxiques, fébriles, épileptique, hystérique, etc.). État maniaque dans la dégénérescence mentale et les démences organiques. Facteurs pathogéniques de l'état maniaque et réactions réciproques des sujets. État maniaque chez les prédisposés simples : manie proprement dite ; accès de manie dans la folie intermittente.

2° *La mélancolie.* — Base affective douloureuse, caractère essentiel de l'état mélancolique ; ses facteurs pathogéniques ; réactions réciproques de ces fac-

teurs et des sujets (prédisposés simples, dégénérés, déments). Faux états mélancoliques : dépression réactionnelle créée par des hallucinations, des idées délirantes, etc.

3° *Le délire hallucinatoire et la confusion mentale.* — Délire alcoolique. Délires hallucinatoires des dégénérés. Délire alcoolique chez les dégénérés. Confusion mentale primitive, simple ou hallucinatoire. Stupidité et démence aiguë. Conditions pathogéniques de ces états. Le délire hallucinatoire et la confusion mentale sont des syndromes, non des entités morbides.

4° *Les conceptions délirantes (les délires).* — Mécanisme psychologique de leur production, nécessité d'un développement inégal et d'une disconnexion des centres corticaux. La dégénérescence mentale représente donc une base de choix pour l'éclosion des délires dits primaires, des paranoias. Possibilité du développement de conceptions délirantes, dans des cerveaux sains primitivement, mais envahis et remaniés par un état affectif. Le délire chronique à évolution systématique et progressive.

5° *Les folies avec conscience.* — Réductibilité de ces folies à l'obsession, l'impulsion, l'inhibition conscientes et douloureusement angoissantes. Leurs caractères psychologiques démontrant que ces phénomènes ne peuvent naître qu'à la faveur d'une déséquilibration mentale. Étude clinique prouvant leur parenté et leur communauté d'origine. Ce sont les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale.

C. — GROUPEMENTS HOMOGÈNES, A LA FOIS BASÉS SUR LA SYMPTOMATOLOGIE, L'ÉTIOLOGIE ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, ET ISSUS DE LA DÉSAGRÉGATION DES GROUPEMENTS SYMPTOMATIQUES.

1° *Psychoses chez les simples prédisposés.* — (Manie, mélancolie, folie intermittente, délire chronique.)

2° *États dégénératifs :* Revue d'ensemble et synthèse de ces états, leur réductibilité à une seule modalité psychologique : à la déséquilibration mentale.

3° *Aliénations accidentelles,* liées aux névroses, aux lésions circonscrites ou diffuses des centres nerveux, aux intoxications.

Les types morbides que l'on décrit en psychiatrie proviennent de la combinaison variable, mais déterminée et plus ou moins fixe pour chacun d'eux, d'un certain nombre de symptômes élémentaires. L'étude séméiologique de ces symptômes constitue la psychiatrie générale, comme l'étude des formes complexes, qui sont issues de leurs divers groupements, constitue la psychiatrie spéciale.

Aussi la plupart des traités des maladies mentales s'ouvrent-ils sur un chapitre de « Pathologie générale de la Folie », où se trouvent minutieusement étudiés les troubles de la perception, de la sensation, de l'association des images et des idées, de la mémoire, du langage, de l'émotivité, de la volonté, etc. Nous ne saurions comprendre ainsi le programme qui nous est tracé.

La nature et l'esprit de ce livre ne se prêtent point à une revision de ces troubles symptomatiques. La thérapeutique *générale* de la folie ne répond pas à sa pathologie *générale* conçue comme nous venons de l'indiquer : à chacun des symptômes que classe celle-ci, ne s'oppose pas en effet une médication spéciale ; la thérapeutique ne s'adresse qu'à la réalité concrète et vivante, c'est-à-dire au malade réagissant à la cause morbifique, et chez lequel s'enchaînent étroitement, mais particulièrement, tous les éléments de la maladie. De telle sorte que notre but doit être, non pas d'analyser des symptômes isolés, mais, au contraire, de définir cliniquement les rapports des causes avec les symptômes qu'elles produisent chez chaque sujet, c'est-à-dire de montrer à la fois ce que sont l'aliénation mentale et l'aliéné.

A. — LA FOLIE A UN POINT DE VUE SYMPTOMATIQUE

Si l'on considère la folie à un point de vue purement symptomatique, on observe d'abord un certain nombre d'états qui peuvent être groupés d'après leur analogie extérieure.

Une excitation cérébrale plus ou moins grande, traduite par un désordre tumultueux des mouvements et par une logorrhée incohérente, constitue ce que l'on a appelé la *manie*, l'*état maniaque*. Un sentiment de douleur morale et des conceptions délirantes tristes, une attitude prostrée, parfois inerte, parfois anxieuse et agitée, sont les traits généraux qui caractérisent d'autre part la *mélancolie*, l'*état mélancolique*. Ce sont là des délires généraux qui paraissent affecter l'entendement tout entier; mais à côté des malades qui en sont affectés, on en observe d'autres chez lesquels le trouble psychique semble être seulement constitué par une ou plusieurs idées fondamentales qui dirigent les tendances et les actions : les *folies avec conscience* et les *idées délirantes* proprement dites, doublées ou non de troubles sensoriels, prennent place dans ce groupe, que l'on a pendant longtemps appelé le groupe de la *monomanie* ou du *délire partiel*. Si enfin, au lieu de constater l'exagéra-

tion ou le ralentissement généraux des processus psychiques (manie, mélancolie), ou encore la perturbation en apparence limitée de la vie mentale (délire partiel), on observe l'affaiblissement généralisé de ce fonctionnement, acquis (*démence*) ou congénital (*idiotie, imbécillité*), on obtient un quatrième et un cinquième groupe qui, réunis aux précédents, arrivent à former la classification de Pinel, d'Esquirol et de leurs successeurs.

B. — ANALYSE SÉMÉIOLOGIQUE DES PRINCIPAUX GROUPES SYMPTOMATIQUES

Cette classification domina la psychiatrie jusqu'à Morel (1857). Alors une analyse séméiologique plus pénétrante, une notion plus précise de la cause productrice et du sujet réagissant démembrèrent chacun de ces groupes. Et de l'effort de méthodes rigoureusement scientifiques, dont Morel fut l'initiateur de génie, sortirent des groupements homogènes qui se substituèrent peu à peu aux classifications purement extérieures, symptomatiques. Ce sont les résultats acquis jusqu'à ce jour, à l'aide de ces méthodes, que nous allons exposer, en partant du groupement d'Esquirol, mais sans nous attarder à des considérations historiques et doctrinales.

1° Examinons l'*état maniaque*, la manie.

Après une période prodromique, généralement courte, de dépression accompagnée de malaise cérébral indiquant nettement que l'on a affaire à une maladie somatique, et non pas seulement à un simple trouble des idées, apparaît progressivemen une surexcitation de toute la zone corticale, un éréthisme cérébral extrême que traduisent extérieurement une logorrhée intarissable et un désordre tumultueux et incessant des mouvements. Un son, la vue d'un objet, une pensée suggérée, un souvenir amènent alors l'émission de séries divergentes et disparates de mots, de phrases entrecoupées, elliptiques. L'influx nerveux circule sans trêve par les mille fils des associations cérébrales; toutes les images, toutes les idées, tous

les états de conscience peuvent entrer à chaque instant dans cette trame indéfiniment tissée; et le langage est parfois incapable de suivre cette course vertigineuse de la pensée. De là résulte une incohérence qui n'est qu'apparente, et qu'une observation attentive permet de démêler, en faisant découvrir l'ordre caché des associations. Il en est de même pour les mouvements qui sont toujours l'envers d'un état de conscience nettement déterminé, et qui paraissent absurdes, désordonnés, à cause même de la rapidité avec laquelle se succèdent les états producteurs. Toute la psychose maniaque est dans la multiplicité et la rapidité des associations cérébrales : aussi les illusions y sont-elles fréquentes. Les hallucinations au contraire et les conceptions délirantes y sont rares, épisodiques, secondaires, sans influence sur la marche générale de la psychose, car « elles sont entraînées par le torrent des idées qui ne laisse rien subsister de durable ». Tandis que le mélancolique se replie de plus en plus sur lui-même, le maniaque, au contraire, s'épanche de tous côtés... *Tout au dehors* est sa formule.

Or, l'excitation générale, la loquacité, le désordre des idées et des actes peuvent tout d'abord relever psychologiquement d'autres mécanismes, dépendre par exemple d'hallucinations et d'illusions multiples, de conceptions délirantes même; l'agitation n'est alors qu'une attitude réactionnelle plus ou moins vive du sujet, en face des images que lui présentent ces hallucinations ou ces conceptions. Dans d'autres cas, le phénomène primitif ne consiste plus en une excitation de la zone corticale; l'association des idées, loin d'être riche et rapide, est au contraire entravée; il y a confusion des idées, et l'excitation que l'on constate parfois dans ces cas est le fait de l'automatisme le plus pur.

Voilà donc toute une série de cas qui ne rentrent guère dans le groupe « manie » et dans lesquels l'excitation motrice répond à des processus morbides différents : ce sont des états d'excitation dans d'autres psychoses (délires toxiques, fébriles, épileptique, hystérique, etc.).

Mais l'état maniaque lui-même, tel que nous l'a défini l'affection où il paraît essentiel et primordial, varie dans des conditions spéciales, tout en demeurant état maniaque, au sens clinique et psychologique du mot. Nous n'indiquerons que les types tranchés.

Dans un premier cas, le début est remarquablement brusque, sans prodromes; puis, au milieu de la surexcitation cérébrale, de la loquacité, du désordre moteur, on constate une éruption d'hallucinations et de conceptions délirantes des plus variées (de grandeur, de persécution mystiques, érotiques, hypochondriaques même). Ces conceptions sont habituellement fugaces; quelquefois elles se fixent pendant un certain temps, mais dans la plupart des cas, elles attirent franchement l'attention; parfois même elles semblent faire le fond de la maladie, comme si toute l'agitation était cantonnée dans la sphère intellectuelle.

Dans un deuxième cas, au-dessous de l'état maniaque, on voit que le bavardage est particulièrement niais et la conduite absurde, que les conceptions sont contradictoires, les actes enfantins et inconséquents. On ne peut obtenir ces observations justes qui indiquent chez le maniaque simple la persistance du jugement. Une inhabileté motrice, de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire complètent le tableau clinique.

Voilà deux formes dans lesquelles on retrouve les signes cardinaux de l'état maniaque : agitation psychomotrice avec projection au dehors des images amenées par l'association très rapide des idées. Mais l'intelligence ne peut extérioriser que les images et les idées dont elle dispose : et si, dans les deux cas, les caractères de l'état maniaque se sont montrés différents de ceux de la manie typique, ce n'est point qu'il s'agisse d'une maladie psychologiquement différente, c'est qu'il s'agit de sujets différents. Les deux malades sont en effet des tarés cérébraux; le premier est un dégénéré maniaque, le deuxième un paralytique général maniaque, et ainsi, à la notion clinique viennent s'ajouter les notions étiologique et anatomo-

pathologique qui l'éclairent plus complètement. Mais ces notions elles-mêmes ont besoin d'être bien comprises. La manie typique, en effet, affection autonome, résulte de facteurs étiologiques nombreux, variés, mais dominés par l'hérédité qui rend le terrain propice à l'éclosion de la folie. Toutefois, dans quelques cas, l'accumulation et la qualité des causes occasionnelles semblent créer une prédisposition chez un sujet héréditairement indemne : qu'alors se produise un nouvel effort de ces causes occasionnelles, et la maladie se déclare.

Ainsi se produit l'accès de manie chez le simple prédisposé, et, chez lui, cet accès prend les caractères d'une psychose régulière et solide, telle que peut la construire un cerveau valide : c'est l'accès de manie typique, celui que nous avons défini au début.

L'observation clinique nous apprend que, dans quelques cas, ces accès ne récidivent point, tandis que parfois ils se reproduisent indéfiniment chez le même sujet, avec les mêmes caractères, jusqu'au jour où, le sujet et la maladie vieillissant, ils se prolongent et se modifient. Cette périodicité plus ou moins régulière est dominée par la validité cérébrale du sujet, avant son premier accès et dans les intervalles lucides. Le sujet est sans doute un prédisposé, presque toujours un héréditaire; il n'est pas un dégénéré. Pour qu'il dépose aussi complètement la folie par intervalles, il faut donc supposer que cette folie relève elle-même de facteurs pathogéniques spéciaux qui se développent et agissent périodiquement.

D'après l'évolution générale de la maladie dans le temps, on peut ainsi diviser en deux groupes les accès maniaques des sujets dont le cerveau est valide, mais fragile, c'est-à-dire prédisposé : l'accès maniaque unique, type de la *manie;* l'accès maniaque dans la *folie intermittente*.

Passons maintenant aux cerveaux tarés.

Cette tare est congénitale, — et elle constitue la *dégénérescence mentale;* ou elle résulte de lésions produites sur des

cerveaux complètement développés, — et elle constitue la *démence organique*.

Chez le dégénéré, l'accès se produit comme chez le simple prédisposé, dès qu'existent les conditions pathogéniques de la manie; mais, en vertu de la moindre résistance cérébrale, il se produit brusquement, et en vertu de la déséquilibration basale, des lacunes de l'intelligence, il est irrégulier et tend surtout à devenir intellectuel.

Chez le dément organique, le problème est plus complexe à cause des facteurs immédiats (congestion par exemple) qui peuvent amener de l'excitation cérébrale. Il n'en reste pas moins que de véritables accès de manie se développent au-dessus de l'affaiblissement des facultés, quand surgissent les causes de la manie, et que ces accès représentent une psychose pauvre et affaiblie, comme le fonds psychologique sur lequel elle est greffée.

Les états maniaques dégénératif et démentiel sont donc des déformations de la manie, psychose autonome, mais entre celle-ci, c'est-à-dire entre la psychose produite à la faveur d'une simple prédisposition, et la manie développée sur une base dégénérative, c'est-à-dire dans un cerveau congénitalement taré, on trouve toute une série d'intermédiaires, chaque sujet réagissant à sa manière en face des facteurs pathogéniques. Ce sont ces différences de réaction qui expliquent les variétés cliniques de la manie.

2° L'examen des états mélancoliques va nous fournir de semblables enseignements.

Le caractère essentiel de l'*état mélancolique* est la dépression douloureuse, doublée d'une atonie psychophysique plus ou moins marquée. Cette dépression douloureuse est elle-même fonction directe des troubles profonds de la nutrition générale et de la cénesthésie qui les accompagne. Les maladies infectieuses, les affections chroniques des grands viscères, le surmenage physique et moral, les transformations évolutives (puberté, ménopause), etc., sont les facteurs habituels de ces modifications organiques.

Cet état peut se développer chez les sujets dont le cerveau est valide, et normalement développé, comme il peut se développer chez des sujets cérébralement tarés.

Chez les premiers, on constate toujours au début de la mélancolie, en une phase plus ou moins longue, un peu vague, des signes analogues à l'épuisement nerveux décrit sous le nom de neurasthénie. Ces signes sont à ce moment aussi physiques que mentaux et même plus physiques que mentaux. Le mauvais état organique prime tout. Les causes que nous avons signalées peuvent s'associer et se combiner, de telle sorte qu'il est souvent impossible de juger la part qui revient exactement à chacune d'elles dans la genèse de l'affection. Mais un facteur les domine, la prédisposition héréditaire, et, suivant ses degrés, ce facteur précipite plus ou moins vite le sujet vers la déchéance.

Tantôt en effet, avec un concours de causes occasionnelles relativement faibles et peu nombreuses, l'état proprement mélancolique est très rapidement constitué; tantôt au contraire il faut un excès de ces causes pour produire la phase d'entrée neurasthénique, et un excès encore pour amener la dépression douloureuse.

Ces différences dans la réaction individuelle proviennent d'une différence dans le degré de résistance cérébrale. C'est que le cerveau participe comme les autres organes et plus peut-être qu'eux à cet amoindrissement général (névralgie psychique de Krafft-Ebing); la conscience est donc toute prête à déformer les sensations qui lui arrivent. Or ces sensations elles-mêmes viennent d'organes diminués, malades : elles sont donc, dans leurs diverses modalités (viscérales, tactiles, musculaires) douloureuses ou anormales.

L'état cénesthésique de vague bien-être fait ainsi place à un état nouveau, fonction à la fois du malaise cérébral, et du trouble organique : à la douleur morale. Mais en raison même de la permanence et de l'aggravation des troubles organiques, cet état affectif nouveau est toujours présent. Il rayonne dans la conscience, et l'envahissant tout entière, il

amène dans la vie intellectuelle et volontaire du sujet des modifications caractéristiques.

Des conceptions délirantes peuvent sortir alors de l'état affectif douloureux, conceptions qui ne sont que l'aperception demi-consciente de cet état, qui se teignent de sa couleur, et qui, par suite de l'extension de cet état et du remaniement qu'il a fait subir à la conscience, sont toujours pénibles, monotones, et de caractère négateur plus ou moins marqué. Ce sont là les idées proprement mélancoliques (de culpabilité, de ruine, etc.), résultant de l'état plus ou moins marqué de concentration douloureuse. Mais cet état émotionnel lui-même a pour base des troubles organiques plus ou moins profonds, et à mesure que ceux-ci s'aggravent, le plus souvent après plusieurs récidives, des idées hypochondriaques, des altérations de la personnalité apparaissent à la faveur des hallucinations viscérales, tactiles, musculaires, etc.

Souvent aussi interviennent des hallucinations sensorielles, surtout de la vue, de l'ouïe, que ces hallucinations soient dues à l'état de faiblesse irritable de l'écorce cérébrale ou soient secondaires aux conceptions délirantes. Ces phénomènes, malgré leur fréquence, ne paraissent jouer qu'un rôle effacé dans la genèse des idées délirantes mélancoliques, et ils ne sont en relation avec le fond du délire que par leur caractère pénible, et par le contre-coup qu'ils peuvent produire (angoisse, stupeur).

La douleur morale est donc la base de la mélancolie. Mais elle est variable; et ses degrés amènent des réactions qui constituent des formes différentes de la maladie (simple, anxieuse ou stupide); issue d'abord de troubles de nutrition, cette douleur réagit à son tour sur le corps, jusqu'à porter ses coups dans les centres mêmes de la vie organique et à suspendre leur activité (stupeur mélancolique).

Telle est l'évolution clinique et psychologique de la mélancolie type, entité morbide. Les développements dans lesquels nous sommes entrés étaient nécessaires pour faire comprendre ce que nous allons dire.

Nous venons de voir que la production de la mélancolie nécessite chez le moins taré, avec le plus ou moins d'appoint héréditaire, l'intervention de causes puissantes, déterminant la faiblesse nerveuse irritable, et que d'autre part ce qui constitue essentiellement la mélancolie, c'est la dépression douloureuse. Sans cette dernière, il peut bien y avoir des conceptions délirantes analogues à celles que l'on observe dans les diverses phases de la maladie, mais il n'y a pas de mélancolie proprement dite. Cela est particulièrement facile à observer dans la dégénérescence mentale.

Chez les dégénérés, la mélancolie se développe comme chez les simples prédisposés, lorsqu'en existent les conditions pathogéniques. Mais si, chez ces derniers, le développement de l'affection suit une marche régulière, si la mélancolie naît dans des conditions déterminées et parcourt des étapes fixes et calculables, chez les premiers, au contraire, on constate des formes anormales, écloses sans motifs bien apparents, évoluant sans régularité. Sur ce terrain neuropathique, si souvent voué à la phobie et à l'hypochondrie, il faut bien peu de chose pour amener la dépression douloureuse. Une émotion violente, des reproches, l'idée d'une faute commise, etc., peuvent déterminer rapidement une tension intellectuelle pénible, qui réagit à son tour sur l'organisme et provoque aussitôt l'éclosion de la mélancolie. Dans d'autres cas, la dépression douloureuse est bien l'envers d'un trouble primitif de la nutrition, mais ici les conditions pathogéniques de la mélancolie sont à peine nées que déjà paraît l'état émotionnel douloureux. De cet état affectif sortent à leur tour, et rapidement, des conceptions délirantes; mais, en vertu de la fécondité vésanique du dégénéré, ces idées sont beaucoup plus variées que celles du mélancolique simple, et aussi beaucoup plus complexes, comme si d'emblée la mélancolie revêtait les caractères de la caducité. Des idées de persécution se juxtaposent aux idées de culpabilité; des idées hypochondriaques, des idées de possession ou de transformation corporelle apparaissent très vite, car toute sensation est immédiatement déformée par ces cerveaux désé-

quilibrés. Mais, dans tous les cas, ce qui domine, ce qui pénètre à travers tous les phénomènes et en forme comme la trame ou l'armature, c'est l'état de dépression et d'amoindrissement mélancoliques. Cela est important à noter, car si l'on supprime cet état, la mélancolie disparaît, et l'on se trouve en présence des délires purs de la dégénérescence : idées de persécution, hypochondriaques, mystiques, etc. La mélancolie chez le dégénéré a donc des caractères particuliers : elle est bien la mélancolie parce qu'elle en a la base spécifique, mais elle est la mélancolie dégénérative, et de ce fait, elle est surtout et rapidement et abondamment délirante.

L'état mélancolique qui se développe au-dessus de la démence organique est justiciable des mêmes interprétations. Il naît sous l'influence de conditions pathogéniques analogues, mais le plus souvent aussi à la faveur de prédispositions héréditaires (ascendants mélancoliques ou suicidés) agissant de concert avec la diminution acquise de résistance cérébrale. Il se développe très rapidement, mais déformé par la base démentielle, il ne présente, à mesure qu'augmente la faiblesse intellectuelle, que des contours plus vagues, bien que la teinte mélancolique des représentations puisse rester invariable pendant presque tout le cours de l'affection.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que l'état mélancolique vrai, essentiellement caractérisé par l'état émotionnel primitif douloureux et variable d'aspect, suivant que le sujet réagissant est prédisposé, mais normal et cérébralement intact (*mélancolie* proprement dite, accès de mélancolie dans la *folie intermittente*) ou, au contraire, taré.

La détermination exacte de cet état primitif permet d'éliminer du cadre de la mélancolie des faits qui ne s'en rapprochent que par l'aspect extérieur. Des hallucinations terrifiantes, des conceptions délirantes pénibles provoquent ainsi des réactions spéciales qui prennent le masque de la mélancolie. De même, il ne faudrait pas confondre l'*aboulie*, état syndromique dégénératif, avec la diminution de volonté des mélancoliques.

C'est encore la constatation de la base émotionnelle qui a permis d'isoler de la mélancolie avec stupeur des états d'hébétude d'un déterminisme tout différent. On conçoit par exemple qu'un flot d'hallucinations, qui envahit brusquement le champ de la conscience, en désorganise tous les états, inhibe les associations, arrête en quelque sorte la vie mentale, et produise chez le sujet l'immobilité stupide.

Mais cet état de stupeur peut être dû à un arrêt primitif dans la marche des idées, à une désorganisation aiguë des processus associateurs : il constitue alors, semble-t-il, un état autonome, relevant de conditions spéciales que nous allons maintenant étudier, après avoir déterminé tout d'abord ce que sont ces *délires hallucinatoires* que nous avons si souvent trouvés sur notre chemin.

3° *Délire hallucinatoire et confusion mentale.* — Les faits doivent eux-mêmes définir ces termes.

On connaît bien les hallucinations multiples, mobiles, presque toujours terrifiantes, souvent professionnelles ou empreintes d'actualité qui constituent les manifestations psychiques de l'alcoolisme aigu ou subaigu. Dans ce cas, il n'y a pas de conceptions délirantes proprement dites, il n'y a qu'un défilé d'images que le malade suit et subit; et ces images produisent une réaction, qui se traduit par de l'excitation ou de la dépression, mais que l'on peut interromdre et dissiper momentanément en fixant fortement l'attention, Il n'y a donc pas davantage confusion *primitive* des idées et désagrégation des associations cérébrales. Le délire alcoolique est ainsi le type le plus pur du délire hallucinatoire.

Dans un deuxième groupe de faits, les hallucinations éclatent subitement, sans préparation aucune, au milieu du calme apparent le plus parfait. En quelques jours, le désordre cérébral a atteint son apogée; c'est alors un mélange d'hallucinations et de conceptions délirantes qui se succèdent ou s'enchevêtrent pêle-mêle (idées de persécution, de grandeur, hypochondriaques, etc.). Le sujet conserve une suffisante lucidité, et il réagit conformément à ses hallucinations et à ses

conceptions délirantes. Le délire se dissipe habituellement très vite; parfois, au contraire, il se prolonge indéfiniment avec les mêmes caractères.

Que penser de ces deux types de délire?

Le délire hallucinatoire de l'alcoolisme relève nettement d'une cause bien définie : il est au premier chef un délire toxique. Or, en dehors des délires hallucinatoires des attaques d'hystérie et d'épilepsie dont la pathogénie doit être réservée, on observe des délires analogues dans ou après les fièvres (délire fébrile et post-fébrile), chez les sujets affaiblis par le surmenage ou par des affections organiques, etc., c'est-à-dire quand les conditions nutritives de la cellule cérébrale se trouvent profondément modifiées; dans ces derniers cas cependant, on constate parfois une perturbation des processus associateurs qui semble indiquer une désorganisation mentale plus profonde, et qui rapproche ces états de la confusion mentale.

Réduits à la seule analyse du délire, nous serions impuissants à classer et à définir notre deuxième groupe. Mais l'observation complète des malades, l'étude de leur état mental antérieur, l'anamnèse de leurs antécédents nous permettent d'affirmer que tous ces délires apparaissent sur une base dégénérative; ce groupe comprend donc des délires hallucinatoires de dégénérés. Il reste à nous demander comment se développent ces délires. L'observation d'un troisième groupe de malades, — des dégénérés atteints de délire alcoolique, — nous fournit à ce sujet d'utiles indications.

Pour pouvoir se produire chez un homme normal, la psychose alcoolique exige une saturation des centres sensoriels; alors, sous un nouveau choc du toxique, ou sous une impulsion d'un autre ordre (fièvre, traumatisme), les images s'extériorisent brusquement. Cette saturation n'est point nécessaire pour le prédisposé vésanique; chez lui, le délire peut éclater d'emblée, à l'occasion des premiers excès, et, suivant les degrés de la tare, garder les caractères purs du délire hallucinatoire, ou se compliquer d'éléments nouveaux. Ce dernier cas est celui du dégénéré. Sous l'influence d'un appoint alcoo-

lique, une bouffée hallucinatoire se produit chez ce dernier, mais en même temps peut se développer un délire polymorphe (ambitieux, mystique, hypochondriaque, de persécution), délire incohérent et mobile, qui disparaît parfois rapidement, mais qui persiste souvent après que toute trace de délire toxique a disparu.

Chez le dégénéré alcoolique, nous touchons donc du doigt la cause occasionnelle qui a fait surgir le délire du terrain taré. N'est-il pas dès lors logique de penser qu'il peut exister, à l'origine des délires dégénératifs, primitivement hallucinatoires, une condition pathogénique analogue, qui passe inaperçue, parce qu'elle peut agir à dose infinitésimale et immédiatement sur ces cerveaux hyperexçitables et déséquilibrés?

Chez les malades que nous avons jusqu'ici examinés, le processus de l'association des idées se trouve respecté ; il n'y a pas, primitivement du moins, de confusion intellectuelle. Dans une nouvelle catégorie de faits, le fonds maladif est au contraire constitué par une difficulté dans l'accomplissement des fonctions psychiques, qui peut aller de la simple torpeur cérébrale à la plus complète stupidité. C'est le syndrome désigné aujourd'hui en France sous le nom de *confusion mentale* primitive. Tantôt cette confusion est simple, sans autre adjonction que quelques vagues conceptions délirantes. Tantôt, au contraire, se développent au-dessus d'elles des hallucinations multiples qui augmentent d'autant la confusion primitive; — variété clinique qui nous fournit un nouveau type de délire hallucinatoire. Tantôt, enfin, l'activité intellectuelle, la réaction morale et la volonté paraissent complètement suspendues, les réflexes ont disparu, ou sont très paresseux; l'immobilité muette et stupide est parfaite.

Les conditions pathogéniques d'un tel état paraissent résider dans l'épuisement aigu et généralisé de l'écorce. Le surmenage sous toutes les formes, l'inanition, la misère physiologique, les maladies aiguës, graves, à convalescence longue et pénible, les affections chroniques, épuisantes, etc., en sont les facteurs habituels. Aussi la confusion apparaît-elle en

qualité de syndrome épisodique au cours d'une foule d'états infectieux, dyscrasiques, toxiques, etc., au milieu même de psychoses bien définies comme la mélancolie, la manie, les délires systématisés, dans lesquelles elle exprime le tarissement passager de l'énergie cérébrale (insomnie, refus de nourriture, dépense exagérée de forces vitales sans aucune compensation).

On décrit cependant des cas dans lesquels le syndrome confusion paraît se développer en dehors de toute affection nettement causale : il constitue alors, semble-t-il, une affection autonome, idiopathique. Remarquons d'abord qu'au point de vue psychologique, le syndrome confusion mentale se rapproche singulièrement du syndrome démence organique. C'est, dans les deux cas, une même désagrégation de la synthèse mentale grâce à laquelle peuvent apparaître des états délirants secondaires. Remarquons ensuite que le côté somatique de cette affection est tout aussi important que le côté psychique, et que, dès lors, le syndrome psychique confusion ne saurait la définir tout entière, pas plus que la démence ne définit absolument la paralysie générale et ne définit qu'elle. On devrait donc la classer en dehors des psychoses, dans les aliénations accidentelles, près des folies à base anatomique ; mais comme ses facteurs anatomiques ne semblent point résider en général dans des lésions matérielles destructrices, comme, d'autre part, sa curabilité fréquente permet d'éliminer de telles lésions, on en est réduit à invoquer surtout des troubles chimiques, et de la faire rentrer par suite dans un groupe très voisin des folies toxiques.

Une dernière remarque est nécessaire. Lorsque la confusion mentale primitive paraît se développer pour son propre compte, elle est en réalité le plus souvent le terme d'une série de processus de dénutrition générale. Or tous ces processus, agissant sur un cerveau valide, doivent agir pendant longtemps, et ce n'est qu'au moment où ce cerveau est suffisamment désorganisé que le syndrome psychique apparaît; mais comme la perturbation a porté sur l'économie tout entière,

il apparaît escorté à la fois des signes somatiques généraux de la dénutrition primitive et des signes somatiques spéciaux, secondaires à l'arrêt du fonctionnement cérébral : la maladie est, dans ces cas, d'abord corporelle, puis aussi corporelle que mentale. Chez les dégénérés au contraire, il suffira souvent de la simple apparition de la cause occasionnelle pour que la confusion se manifeste immédiatement, sans présenter par suite ces signes physiques intenses qui sont le résultat d'une longue préparation de tout l'organisme : la scène sera d'abord et à peu près exclusivement cérébrale et mentale. Dans l'étiologie de l'affection décrite sous le nom de « confusion mentale primitive, idiopathique », le facteur individuel de résistance cérébrale a donc une importance très grande ; et, dans certains cas même (dégénérescence), il passe au premier plan des facteurs pathogéniques.

En résumé, la confusion mentale et le délire hallucinatoire ne paraissent pas représenter des entités morbides bien définies ; ce sont plutôt des syndromes, révélateurs surtout d'intoxications cérébrales, agissant à la faveur d'une prédisposition ou d'une préparation spéciale.

4° Les *conceptions délirantes*, que nous allons maintenant examiner, sont aussi de simples éléments symptomatiques. La rapide esquisse de leurs conditions psychiques et pathogéniques va tout de suite nous imposer cette conclusion.

La valeur du travail mental est d'autant plus grande et plus étendue que les représentations sur lesquelles il opère sont plus variées et plus nombreuses et qu'elles peuvent former des associations plus correctes. Plus, en effet, l'esprit renferme de représentations, plus il saisit de différences et plus il connaît. Cela suppose : 1° l'intégrité et la perfection de la perception extérieure, qui permet de faire pénétrer dans le champ de la conscience le plus grand nombre de notions et d'images ; 2° l'intégrité et l'impressionnabilité de la cellule nerveuse, grâce auxquelles les images peuvent plus facilement se fixer, et se fixer d'une manière adéquate à l'excitant ; 3° l'intégrité et la liberté de toutes les voies nerveuses, grâce

auxquelles les images peuvent rapidement communiquer les unes avec les autres, qu'elles soient contiguës ou éloignées.

Mais supposons un cerveau dans lequel, à côté de groupes cellulaires anormalement développés ou anormalement excitables, se trouvent d'autres groupes à peine formés, atrophiés ou inexcitables, dans lequel encore ces divers groupes cellulaires jouissent d'une relative indépendance, et alors, pour peu qu'augmentent les conditions d'irritabilité cérébrale, la déséquilibration s'accentuera, les impressions sensorielles ne seront plus adéquates à l'excitant, des images cérébrales pourront naître spontanément, sans provocation extérieure, dans les groupes hypertrophiés et isolés, et rien ne viendra redresser ces erreurs naissantes. Dans cette désunion des états de conscience, l'attention réfléchie ne peut plus en effet fixer complètement les représentations nouvelles; les impressions actuelles et les souvenirs ne les éclairent qu'incomplètement ou ne les éclairent plus. Non rectifiées ou non supprimées, les images et les idées exagérées ou fausses s'imposent comme les expressions de la réalité intérieure ou extérieure : elles deviennent hallucinations ou convictions délirantes.

Or l'état mental dont nous venons d'indiquer les caractères psychologiques est précisément l'état mental symptomatique de la *dégénérescence mentale*. C'est donc chez les dégénérés que nous allons trouver les types les plus nets de ces *conceptions délirantes*, créations primaires de cerveaux défectueux, *paranoïas*, comme on dit en Allemagne.

Nous venons de voir comment naissent ces erreurs; nous allons indiquer brièvement de quels éléments elles sont formées. Elles peuvent porter tout d'abord sur des sensations actuelles, tant externes qu'internes, sur des souvenirs, sur des états affectifs, sur des idées issues brusquement de l'inconscient et venant se superposer d'une manière inattendue à la chaîne logique des représentations conscientes (idées obsédantes). Voilà un premier mode d'origine des conceptions délirantes : celles-ci peuvent alors demeurer indéfiniment intellectuelles, réduites simplement à des illusions et à des

interprétations fausses, ou au contraire se compliquer de troubles sensoriels tantôt passagers, épisodiques, sans relation de cause à effet avec elles, tantôt directement issus de l'état intellectuel délirant, dont ils ne sont que l'extériorisation.

Un deuxième mode d'origine consiste dans l'apparition d'erreurs des sens dans le champ de la conscience. Ces hallucinations produisent parfois une certaine confusion des idées, mais parallèlement se dégagent des conceptions délirantes d'emblée systématiques. D'autre part, les hallucinations elles-mêmes, quelle qu'en soit la cause productrice, ne consistent point, comme dans le délire alcoolique pur, en un simple défilé d'images; elles sont, pourrait-on dire, déjà délirantes, car elles sont le résultat tout fait d'associations inconscientes bizarres, alogiques, qu'elles ne font qu'exprimer, et elles se rapprochent par suite de ces idées obsédantes dont nous parlions plus haut. De telle sorte, en dernière analyse, qu'à la base de toutes les productions délirantes dégénératives se retrouvent les caractères de la déviation primitive de l'intelligence, comme si le délire, au sens étymologique du mot (*de-lira*), était la vie mentale naturelle de ces sujets.

La fécondité délirante de ces malades est donc inépuisable et les formes psychopathiques qu'ils présentent à étudier sont si nombreuses qu'elles échappent par cela même à tout essai de description didactique. Mais, que le délire soit strictement intellectuel, ou à la fois intellectuel et hallucinatoire, qu'il soit simple ou polymorphe, qu'il soit peu ou bien systématisé, on retrouve dans tous les cas, depuis la simple bouffée éphémère jusqu'aux formes indéfiniment prolongées, un ensemble de caractères évolutifs véritablement spécifiques : une étonnante rapidité dans l'éclosion des phénomènes morbides; une évolution indéterminée et qui n'est jamais systématiquement progressive.

Pour qu'une représentation fausse ne trouve dans le champ de la conscience aucune opposition, il faut, nous venons de le voir, une disconnexion, un morcellement de cette conscience. En dehors de la dégénérescence mentale, nous retrou-

vons cette condition dans les états de démence organique et de confusion mentale primitive. Des conceptions délirantes peuvent donc se développer au-dessus de ces deux états ; elles sont absurdes, incohérentes et mobiles, à cause de la généralisation et de l'étendue du processus dissociateur ; elles se rapportent toujours manifestement à leur base morbide. Elles n'ont donc qu'une analogie grossière avec les délires primaires proprement dits.

Mais, lorsque la conscience, bien que primitivement saine, non dissociée, a été remaniée sur un plan général nouveau, envahie par un état dominateur, des conceptions délirantes peuvent aussi apparaître en elle, car elle ne voit plus le monde extérieur et le Moi qu'à travers ce verre spécial. C'est là ce qui se produit dans la mélancolie. Or il est un autre état dans lequel une modification affective provoque, aussitôt née, des modifications intellectuelles : celles-ci ne sont plus dès lors le reflet d'une longue phase préparatrice. Le sujet suit immédiatement les habitudes logiques de la pensée : il objective son état affectif en une inquiétude méfiante qui tend à l'idée de persécution ; mais comme ses processus associateurs, comme le mécanisme de sa pensée ne sont point défectueux, ce premier pas vers l'erreur est aussitôt suivi d'un pas en arrière, d'une réduction de l'illusion naissante. L'état affectif cependant revient à la charge ; ce cerveau qui n'est pas dégénéré, mais qui est héréditaire, faiblit peu à peu, et un jour arrive où le *délire des persécutions* est définitivement installé. Mais ce jour arrive avec une lenteur extrême (2, 3, 4 ans), lenteur conditionnée précisément par l'intégrité mentale du sujet avant l'invasion de la psychose. Sous l'influence du régime que cette lutte leur a fait subir, les centres corticaux sont peu à peu entrés en éréthisme et ont laissé spontanément échapper des images qui se sont intégrées au milieu des états intellectuels primitifs et ont aidé ainsi à la systématisation de plus en plus étroite du délire. Mais à mesure que ces troubles se sont étendus et compliqués, le Moi a commencé à se dissoudre, l'intelligence à s'affaiblir. La synthèse de persécution

s'ébranle alors; à ce moment même, les conceptions de caractère contraire entrent de nouveau en scène, et n'étant plus refrénées, elles se développent démesurément jusqu'à constituer le *délire des grandeurs*. L'intelligence déjà voilée s'affaiblit davantage encore sous les atteintes de ce nouveau délire, et le malade marche vers la *démence*.

Ainsi les états délirants dits primitifs se séparent en deux groupes. Dans l'un, les conceptions délirantes reposent sur une base psychique déjà morbide; elles émanent d'un état mental sans lequel elles ne sauraient exister et dont elles reproduisent les caractères : ce sont les *états délirants dégénératifs*. Dans l'autre, elles sont le fruit d'un remaniement cérébral profond, chez des sujets non tarés, et elles tendent par cela même à la chronicité progressive : c'est le *délire chronique à évolution systématique et progressive*.

5° Les états de *folie avec conscience* ne sont pas davantage des phénomènes autonomes, indépendants, et divisibles en espèces distinctes les unes des autres.

Ce sont des phénomènes de même nature, des états superposables, comme le prouve leur étude psychologique et clinique.

Supposons par exemple une image surgissant tout à coup des profondeurs de la conscience, provocatrice d'un acte, dont elle est l'antécédent et le début. Dans l'état d'équilibre et d'union parfaits des centres encéphaliques, cette image peut être aussitôt étouffée par une série de représentations adverses, rejetée dans le néant avec les tendances qu'elle représentait. Mais supposons au contraire un défaut d'équilibre, une disparité d'action et une disconnexion de ces centres. L'image grandit alors, isolée en quelque sorte, et, lorsqu'elle a acquis une certaine intensité, elle efface partiellement les conceptions adverses; mais comme elle ne peut complètement les réduire, à cause de sa relative indépendance, ces conceptions se représentent sans cesse, augmentant encore par ce contraste la clarté de l'image et la vigueur de ses tendances. Une angoisse extrême, une profonde douleur morale accompagnée de tous

les phénomènes physiques de l'émotion, résulte de cette lutte. Mais l'image grandit toujours, d'autant plus pressante que la résistance est elle-même plus vive. Épuisé enfin, à bout de forces, le patient court au-devant de l'acte, quel qu'il soit, et éprouve, dès qu'il l'a accompli, une détente de tout son être, une indéfinissable sensation de soulagement.

Que le sujet soit poussé au vol ou au meurtre, qu'il soit forcé de prononcer certains mots, de refaire vingt fois la même chose, de se plier, dans tous les détails de sa vie, aux exigences d'un nombre qui le hante, ou qu'il soit sous le coup du besoin pressant de la recherche d'un mot, partout le phénomène se traduit par une semblable succession d'états psychiques : obsession et impulsion conscientes ; angoisse, acte ; satisfaction consécutive ; c'est d'une manière plus générale, l'appétit impérieux d'un centre qui doit être satisfait.

A côté de ces faits dans lesquels l'image obsédante commande l'acte, il est un autre groupe de phénomènes dans lesquels elle l'arrête.

Chez l'agoraphobe qui reste figé dès qu'il arrive dans la rue, chez l'aichmophobe qui pâlit devant les épingles, les couteaux, chez les malheureux atteints de la crainte des contacts et qui se trouvent mal quand ils touchent du cuivre, du velours, etc., dans toutes les *phobies* enfin, il semble bien qu'une image inhibitrice d'une extrême vigueur, se dressant subitement dans la conscience, dissipe toutes les images antagonistes et exerce seule et sans conteste sur la volonté son influence paralysante. Malgré tout il y a lutte, essai de résistance à l'invasion de cette image ; et l'angoisse se produit, suivie de soulagement, dès que l'obstacle est surmonté. Mais pour que cette image puisse s'élever de l'intimité de la conscience et acquérir d'un seul coup droit de cité, il faut une dissociation des résistances cérébrales, une déséquilibration mentale en un mot.

Chez l'aboulique, qui éprouve un obstacle intérieur à l'acte qu'il voudrait accomplir, chez lequel l'image de l'acte se représente, sollicitant en vain le mouvement, chez lequel

parfois plus cette image appelle l'effort, plus grande est l'impuissance, comme si l'inhibition volitionnelle venait de la vigueur même de l'idée qui pousse à l'acte, chez l'aboulique, disons-nous, il y a, avec une pleine conscience de cette irréductible impuissance, lutte angoissante mais inutile, —effet, encore ici, de l'indépendance réciproque des images, de la dissémination des états de conscience.

Toute la folie lucide est comprise dans ces quelques exemples : on voit qu'elle est réductible à l'obsession, à l'impulsion, à l'inhibition conscientes et douloureusement angoissantes; on voit d'autre part que ces phénomènes ne peuvent surgir qu'à la faveur d'une déséquilibration mentale, due soit à l'action prépondérante de certains centres, soit à l'insuffisance de certains autres, soit à leur disconnexion plus ou moins profonde. Or, cet état est précisément caractéristique de la *dégénérescence mentale*. L'obsession, l'impulsion, l'inhibition conscientes sont donc des phénomènes de même nature qui schématisent une même situation mentale : ils sont véritablement les *stigmates psychiques de la dégénérescence mentale.*

La clinique nous affirme aussi nettement cette parenté et cette communauté d'origine. Plusieurs de ces syndromes peuvent en effet apparaître simultanément ou successivement chez un même sujet : un arithmomane peut être en même temps agoraphobe ou douteur; un onomatomane peut avoir de la crainte du toucher, des impulsions au suicide. Un sujet qui a des impulsions à rire, à pleurer, à aboyer, à voler, est en même temps obsédé par le chiffre. Le même sujet, en un mot, peut être l'objet de désirs obsédants, de craintes obsédantes, de phénomènes inhibitoires (*philies*, *phobies*, *aboulies*) syndromes qui forment tout autant d'épisodes de la dégénérescence. L'hérédité transmet parfois aussi ces syndromes sans en changer la forme, de même qu'il n'est pas rare de voir de nouveaux syndromes s'ajouter ou se substituer chez le descendant à ceux que possédait l'ascendant.

C. — GROUPEMENTS HOMOGÈNES A LA FOIS BASÉS SUR LA SYMPTOMATOLOGIE, L'ÉTIOLOGIE ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ISSUS DE LA DÉSINTÉGRATION DES GROUPEMENTS SYMPTOMATIQUES.

Grâce à l'observation clinique, à l'analyse psychologique, aux constatations anatomiques, les groupements basés sur l'aspect extérieur des phénomènes se sont complètement désagrégés. La manie et la mélancolie ont été mieux définies et mieux comprises. La folie intermittente a fait son apparition. La démence a été déchue de son rang d'entité pour prendre place dans des complexus morbides divers (paralysie générale, lésions circonscrites du cerveau, sénilité) dont elle ne représente qu'un syndrome commun, l'aboutissant de toutes les lésions organiques du cerveau, variable d'intensité et de qualité avec l'étendue et la localisation de ces lésions. Un autre syndrome, récemment décrit en France sous le nom de confusion mentale primitive (Chaslin), et qui représente la démence aiguë d'Esquirol, la stupidité de Georget, la confusion de Delasiauve, la Verworrenheit et la Verwirtheit simples ou hallucinatoires d'un grand nombre d'auteurs allemands, la dysnoïa de Korsakow, etc., paraît lié à un épuisement rapide du cerveau, le plus souvent consécutif à l'infection et à l'auto-intoxication. Dans l'affection décrite sous le nom de « confusion mentale primitive idiopathique », ce syndrome s'accole à des signes somatiques très importants qui permettent, en s'appuyant aussi sur l'étiologie, de placer ce complexus dans les aliénations accidentelles, tout près des folies toxiques. Celles-ci comprennent, d'autre part, toute une série de faits pathogéniquement et cliniquement uniformes, dont le délire alccoolique est le type le mieux défini. Si, enfin, nous observons que les monomanies ont disparu, que les délires proprement dits ont été emportés d'un côté par la dégénérescence mentale, de l'autre par le délire chronique, que les états de folie lucide sont entrés tout entiers dans la dégénérescence,

nous aurons le groupement suivant des diverses aliénations :

1° *Psychoses proprement dites.*

A. — Psychoses chez les prédisposés simples ;

Manie ;

Mélancolie ;

Folie intermittente ;

Délire chronique à évolution systématique et progressive.

B. — États dégénératifs.

2° *Aliénations accidentelles.* (*États mixtes, tenant à la fois de la psychiatrie et de la pathologie interne.*)

A. — Aliénations dans les névroses (Épilepsie, hystérie) ;

B. — Aliénations liées aux lésions organiques du cerveau ;

C. — Aliénations liées aux intoxications.

1° Nous ne reviendrons pas sur les psychoses chez les simples prédisposés : manie, mélancolie, folie intermittente, délire chronique à évolution systématique et progressive. Mais les états dégénératifs et les aliénations accidentelles nécessitent quelques explications complémentaires.

2° Toute tare héréditaire névropathique ou psychopathique, toute lésion s'abattant sur les centres nerveux en voie de développement, peuvent amener la dégénérescence, c'est-à-dire arrêter ou vicier le développement psychique de l'individu.

Lorsque les lésions criblent les centres nerveux, l'oblitération intellectuelle est à peu près complète : l'*idiot* est en effet une sorte d'automate stupide, un appareil à réflexes élémentaires, jouet des agents extérieurs. Quelques centres peuvent avoir été respectés : des images plus nombreuses arrivent alors dans le champ de la conscience, des associations se forment, mais par places, sans direction générale : l'*imbécile*, maître de peu d'éléments, juge et se détermine au hasard. Mais il faut savoir que des développements partiels exagérés coexistent avec l'arrêt de la plus grande partie de l'ensemble, si bien que l'on a pu qualifier des idiots et des imbéciles de génies partiels (Félix Voisin).

Dans ces degrés inférieurs de la dégénérescence, des lésions s'étalent encore sur les centres nerveux ; plus haut, chez le *débile*, on ne constate guère que des modifications morphologiques, des plis moins nombreux, des anfractuosités moins profondes et moins compliquées de l'écorce. Plus haut encore, chez le *dégénéré supérieur*, tout paraît normal ; rien du désordre intime ne nous est révélé par les moyens d'investigation anatomique dont nous disposons. Mais les troubles fonctionnels que la clinique découvre se rapprochent si bien des troubles observés chez le débile, l'imbécile, qu'ils doivent logiquement relever, et qu'ils relèvent en réalité (hérédité, maladie de l'enfance, etc.) de semblables modifications de l'organe.

Le débile, le dégénéré supérieur présentent, en effet, à étudier un état mental dont nous avons déjà esquissé les caractères, et qui consiste essentiellement en une désharmonie de toutes les facultés de l'esprit. L'intelligence est inégale ; des talents remarquables, mais exclusifs, voisinent chez le même individu avec le manque absolu de certaines aptitudes ; l'imagination exubérante se joue en des associations illogiques, inattendues ; la réflexion raisonnée est souvent impossible. L'émotivité est tout aussi paradoxale, et au-dessus de l'indifférence morale, de l'anesthésie éthique la plus profonde, éclate sans motif une extrême impressionnabilité. Nous pourrions multiplier les traits caractéristiques ; nous verrions partout que le développement psychique du dégénéré supérieur est, quoique plus fini, aussi fragmenté que celui de l'imbécile.

Mais cette déséquilibration se nuance à l'infini ; chaque dégénéré est déséquilibré à sa manière, réagit suivant les modes qui lui sont propres, modes constamment et extrêmement variés. Supposons par exemple que la désharmonie psychique augmente, que le malade s'exalte tout en restant lucide. Son activité infatigable aborde alors mille entreprises ; son imagination complaisante enfante sans se lasser des projets, des conceptions bizarres que rien ne peut arrêter, l'attention réfléchie étant impossible : le dégénéré est devenu maniaque raisonnant. Admettons d'autre part que le défaut d'équilibre

entre les facultés intellectuelles et morales s'accentue, que les sentiments éthiques disparaissent complètement, et la folie morale est constituée.

Manie raisonnante et *folie morale* ne représentent donc que des modifications en excès de l'état mental dégénératif, et c'est pour cela que nous les avons passées sous silence dans l'exposé de séméiologie générale.

A ces deux modalités dégénératives, et plus spécialement à la manie raisonnante se rattache la *folie des persécutés persécuteurs* (chicaneurs, quérulants, processifs, etc.).

Les *obsessions*, les *impulsions* et les *inhibitions* insurmontables et conscientes, bien que plus tranchées et en apparence plus isolables, ne sont aussi, nous l'avons vu, que des manières d'être, des formes schématisées de la déséquilibration.

Les *conceptions délirantes primitives* sont de même des productions naturelles de la dégénérescence. Leur mode d'origine est caractéristique : des idées et des images fausses, sortant toutes faites des associations inconscientes du sujet, ou résultant des jugements erronés d'états intellectuels ou affectifs, s'imposent à la conscience comme des vérités absolues et deviennent le point de départ d'un délire. Ici encore, on peut le dire, la déséquilibration se dissèque et s'analyse elle-même. Nous allons retrouver ses effets dans l'évolution de ces délires.

L'idée ou l'image qui vient de surgir se projette sur le fond de la conscience avec une si vive clarté qu'elle en peut devenir aussitôt la représentation maîtresse. Mais qu'au gré de suggestions intellectuelles ou affectives, de nouvelles conceptions erronées viennent à naître, et, dans le jeu mal équilibré d'un esprit dont tous les éléments jouissent d'une indépendance relative, d'autres situations seront possibles. Si l'idée nouvelle est incapable de chasser son aînée, un deuxième état vésanique se juxtaposera au premier. Si, au contraire, la conception naissante acquiert assez de vigueur pour occuper à son tour en dominatrice tout le champ de la conscience, un

nouveau système morbide remplacera complètement l'ancien, et les délires pourront aller se succédant, l'un poussant l'autre, au hasard des causes contingentes. Ils seront en un mot *multiples, polymorphes, protéiformes.*

Ces délires n'ont pas en général de fortes attaches; leur mobilité, leurs changements les empêchent de se créer de stables associations; et lorsque les causes qui ont provoqué l'irritation cérébrale et accentué la déséquilibration auront cessé leur action, tout rentrera dans l'ordre; la réflexion et la critique reprendront leurs droits et chasseront les conceptions étranges qui avaient un instant, et par leur soudaineté même, accaparé et monopolisé ces consciences désunies.

D'autres fois au contraire, ces délires se prolongent indéfiniment : c'est qu'alors l'intelligence est plus troublée, le raisonnement plus faussé par un excès de déséquilibration basale, et que des jugements secondaires développent sans limite, par les associations extraordinaires où ils les engagent, les idées délirantes primitives et les hallucinations. Lorsque enfin les associations d'idées se heurtent en un chaos incompréhensible (confusion et incohérence du langage, profusion des néologismes), surtout lorsque les facultés commencent à faiblir, l'incurabilité est probable, on ne peut plus compter sur la guérison.

Le délire polymorphe est d'une fréquence extrême en dégénérescence mentale, et la multiplicité même des idées qui le composent empêche souvent la coordination de tous ses éléments en un seul faisceau. Il peut se faire cependant que les conceptions délirantes et les hallucinations primitives multiples s'organisent en un seul système auquel cette unicité confère une intensité exceptionnelle. Ce degré de force permet au système nouveau-né de se maintenir en face des autres états, et de nouer ces associations secondaires dont nous parlions plus haut et qui, à leur tour, prolongent indéfiniment sa durée. Mais il est des cas dans lesquels le délire n'a d'emblée pour pivot qu'une seule conception vésanique. Sortie de l'inconscient à l'état d'idée ou d'hallucination, ou

amenée par un événement extérieur impressionnant, cette conception s'intercale subitement dans les associations conscientes. Ainsi analogue à l'obsession proprement dite, elle en diffère en ce qu'elle est aussitôt acceptée et assimilée, que son parasitisme est ignoré de la conscience, grâce à une disconnexion plus complète de celle-ci. Éclatant violemment comme une révélation, elle devient donc le point de départ d'un *délire unique, systématique d'emblée, et qui se fixe* d'autant mieux qu'il apparaît de meilleure heure, dans l'enfance par exemple, c'est-à-dire qu'il peut attirer à lui des associations plus nombreuses.

Nous pouvons maintenant résumer de la manière suivante les états délirants de la dégénérescence mentale : *a*) Délires d'emblée, protéiformes, polymorphes, de courte et de longue durée, en général curables. *b*) Délire systématique unique, fixe, sans tendance évolutive (analogue à l'idée obsédante). La couleur du délire (ambitieux, hypochondriaque, de persécution, etc.) est indifférente dans les deux cas.

Tel est l'ensemble des états dégénératifs. Tous ces aspects, si variés qu'ils soient, sont réductibles à une seule modalité psychologique, la *déséquilibration*, mise en jeu par une multiplicité de causes accidentelles, la plupart insignifiantes ou inappréciables, souvent physiologiques (puberté, menstruation, ménopause, etc.), ou simplement extérieures, sociales (émotions, religiosité, etc.).

Nous avons vu que l'*état maniaque* et l'*état mélancolique* vrais paraissent dépendre de conditions pathogéniques, spécifiques pour chacun d'eux; ces conditions peuvent donc apparaître chez les dégénérés aussi bien que chez les simples prédisposés, mais on n'observera à leur suite chez les dégénérés que les éléments de ces deux psychoses qui sont directement en rapport avec ces conditions; c'est-à-dire d'une part l'état de décharge psychomotrice, d'autre part l'état d'arrêt douloureux de dépression. Tout le reste, c'est-à-dire la réaction individuelle, sera dégénératif et constitué par un des mille aspects de la déséquilibration.

La *folie intermittente*, définie d'une façon *générale* par l'apparition chez un même sujet d'accès de manie ou de mélancolie diversement combinés, ne doit pas être *a priori* l'apanage de la dégénérescence mentale : des accès semblables et réguliers ne peuvent relever d'une déséquilibration dont les aspects sont essentiellement variables et mobiles. Et, de fait, la folie intermittente est une affection des prédisposés simples : les dégénérés ont bien aussi des accès multiples, plus ou moins périodiques, mais ces accès sont tous frappés au coin de la dégénérescence.

Nous avons suffisamment insisté sur l'évolution lente et régulière du délire chronique pour nous dispenser de montrer son incompatibilité avec la dégénérescence.

Le tableau suivant[1] donne une idée d'ensemble des différentes manifestations cliniques de la dégénérescence mentale.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES DÉGÉNÉRESCENCES MENTALES

Les héréditaires dégénérés.

§ I. Idiotie, imbécillité, débilité mentale.

§ II. Déséquilibrés. Anomalies cérébrales. Défaut d'équilibre des facultés morales et intellectuelles.

§ III. Syndromes épisodiques des héréditaires.

- 1° Folie du doute.
- 2° Crainte du toucher. Aichmophobie (αἰχμή, pointe).
- 3° Onomatomanie.
  - 1. Recherches angoissantes du nom et du mot.
  - 2. Obsession du mot qui s'impose et impulsion irrésistible à le répéter.
  - 3. Crainte du mot compromettant.
  - 4. Influence préservatrice du mot.
  - 5. Mots avalés chargeant l'estomac.
- 4° Arithmomanie.
- 5° Écholalie, coprolalie, avec incoordination motrice (Gilles de la Tourette).
- 6° Amour exagéré des animaux. Folie des antivivisectionnistes.
- 7°
  - *a.* Dipsomanie.
  - *b.* Sitiomanie.

1. MAGNAN. — Recherches sur les centres nerveux, 2e série, p. 150.

8° { a. Kleptomanie, kleptophobie.
   { b. Oniomanie (ὠνία, achats).

9° Manie du jeu.

10° Pyromanie, pyrophobie.

11° Impulsions homicides et suicides; phobies similaires.

12° Anomalies, perversions, aberrations sexuelles.

- A. Spinaux (réflexe simple, centre génito-spinal de Büdge).
- B. Spinaux cérébraux postérieurs (réflexe cortical postérieur.)
- C. Spinaux cérébraux antérieurs (réflexe cortical antérieur).
- D. Cérébraux antérieurs (érotomanes, extatiques).

13° Agoraphobie, claustrophobie, topophobie.

14° Aboulie[1].

§ IV. A. Manie raisonnante. Folie morale (persécutés-persécuteurs).

B. Délire primaire multiple, polymorphe, rapide ou quelquefois de longue durée, mais sans succession évolutive déterminée. { Délire ambitieux, hypochondriaque, religieux, de la persécution, etc.

C. Délire systématique, unique, fixe, sans tendance évolutive (analogue à l'idée obsédante.)

D. Excitation maniaque, dépression mélancolique.

3° *Aux aliénations fonctionnelles*, relevant directement d'une perturbation primitive des associations psychiques, et que l'on pourrait aussi bien appeler *constitutionnelles*, car elles puisent leurs formes dans une prédisposition spéciale, nous avons opposé les *aliénations accidentelles*, pathognomoniques d'un facteur productif immédiat bien déterminé, suivant pas à pas les oscillations de la cause, passagères ou permanentes, selon que la cause elle-même ne fait qu'effleurer ou désorganiser pour toujours les centres nerveux.

Au premier rang de ces aliénations, nous avons placé les

1. La liste de ces syndromes épisodiques s'accroît tous les jours, et naturellement les caractères généraux se retrouvent dans les diverses descriptions; néanmoins ces études partielles ont de l'importance au point de vue clinique et permettent, d'autre part, de se rendre mieux compte de l'ensemble.

Nous citerons parmi ces nouvelles descriptions : l'obsession dentaire (Galippe), la crainte de la déformation, dismorphophobie, et la crainte d'être enterré vivant, l'aphéphobie (Morselli), la crainte du rouge (Trapesnikoff), la crainte de rougir, érythémophobie (Boucher), éreuthophobie (Pitres et Régis).

états directement engendrés par les névroses : *épilepsie, hystérie.*

Toute manifestation paroxystique de l'*épilepsie,* attaque ou vertige, peut être suivie de troubles intellectuels (états hallucinatoires, conceptions délirantes, états d'excitation, de dépression, de stupeur, actes en apparence bien liés et tendant vers un but). Sous quelque forme qu'ils se présentent, simples ou complexes, rapides ou prolongés, ces troubles revêtent des caractères spécifiques : automatisme pendant l'accès, amnésie consécutive de toute la scène ; et ce sont ces mêmes caractères qui jugent la nature épileptique des troubles développés en dehors de l'attaque (délire équivalent). Le *délire épileptique* a donc une autonomie bien limitée. Mais en dehors de la spécificité névrosique, on observe chez les épileptiques d'autres troubles délirants qui ne diffèrent en rien des psychoses vulgaires (manie, mélancolie, délire alcoolique, etc.). Ce sont, en effet, ces psychoses *coexistant* avec l'épilepsie chez le même sujet ; cette coexistence se ponctue d'ailleurs parfois par l'apparition de l'ictus en plein délire, et le malade, réveillé de la phase amnésique qui a coupé l'affection primitive, reprend le cours de celle-ci, sans se douter de ce qui vient de lui arriver.

Les mêmes considérations s'appliquent à l'*hystérie.* Ici encore il faut faire la part des divers facteurs, placer d'un côté ce qui appartient à l'attaque, et qui est constitué surtout par un délire hallucinatoire, et de l'autre ce qui se développe en dehors de l'attaque, et qui appartient à une psychose hétérogène, le plus souvent à la dégénérescence mentale.

Nous ne nous attarderons pas à discuter la valeur de l'*hypochondrie* en tant que névrose. Cette conception, qui s'est reproduite avec une singulière persistance depuis Morel, ne nous paraît pas justifiée. L'hypochondrie ne possède aucun caractère nosographique qui puisse autoriser son isolement autrement que comme élément symptomatique.

Notre deuxième groupe d'aliénations accidentelles comprend celles qui sont liées aux lésions diffuses (paralysie

générale), ou circonscrites (hémorragie, ramollissement, tumeurs, syphilis, etc.), et à l'involution sénile du cerveau. Ces lésions se traduisent cliniquement par un ensemble de symptômes *physiques* et *mentaux* diversement combinés. Les troubles psychiques consistent essentiellement, quelles que soient la cause, l'étendue et la forme anatomique de la lésion, en un *affaiblissement plus ou moins marqué des facultés*. L'affection peut évoluer ainsi à l'état de simplicité réduite à ce syndrome fondamental. Cependant des traits nouveaux en altèrent assez souvent la forme; des états délirants se greffent sur la base démentielle; mais ces états n'ont aucun rapport immédiat avec la lésion sous-jacente; ils ne sont que des hors-d'œuvre, des épisodes contingents et curables, tandis que l'affaiblissement psychique, résultat direct de la perturbation anatomique, suit pas à pas cette perturbation, et, comme elle, est incurable et très souvent progressif. Les états délirants relèvent donc d'un déterminisme spécial; deux éléments primordiaux en favorisent le développement : l'état mental démentiel, secondaire à la lésion; l'état mental primitif, précédant la lésion, normal ou dégénéré. Sur ces deux éléments viennent peser à leur tour les causes occasionnelles qui provoquent l'éclosion de conceptions délirantes, d'hallucinations, d'états maniaques ou mélancoliques, plus ou moins précoces et plus ou moins nets, suivant les relations réciproques de l'état mental primitif et de l'état démentiel.

Le groupe des « aliénations liées aux intoxications » clôt notre synthèse nosographique.

« Il y a intoxication, dit Roger [1], toutes les fois qu'il se produit une modification dans la constitution chimique du milieu intérieur. » Cette modification relève d'une foule de causes. Au premier rang figurent les poisons introduits intentionnellement dans l'organisme, et dont l'alcool est le type. A côté de ces *intoxications exogènes* prennent place les intoxications d'origine interne, *endogènes*, résultant du jeu

1. ROGER. — Art. *Intoxication* du Traité de pathologie générale de Bouchard et Roger.

même de la vie, de la désassimilation cellulaire et des fermentations microbiennes de l'intestin. A l'état normal, l'organisme oppose à ces poisons une défense énergique : il les élimine (reins, poumons, etc.), les neutralise (sécrétions internes), ou les transforme (foie). Mais que la production dépasse un certain taux (surmenage, inanition, convalescence des fièvres, etc.), et les organes vicariants ne pourront tout éliminer ; que ces organes eux-mêmes soient altérés, et les poisons ne pourront pas sortir de l'organisme ; il y aura *auto-intoxication*. L'*infection* agit d'une façon identique ; ce sont les toxines bactériennes qui font la maladie et lèsent le sujet, mais l'infection, *comme d'ailleurs toute intoxication exogène*, ne tarde pas à se compliquer d'auto-intoxication, par les altérations qu'elle crée dans les tissus.

Intoxications, infections, auto-intoxications constituent les états accidentels en face desquels les centres cérébraux sont appelés à réagir. Et ils réagiront maladivement d'autant mieux qu'ils se trouveront en état de moindre résistance, de faiblesse irritable, que cette faiblesse provienne de l'action excessive ou prolongée sur des cervaux normaux, des causes même d'intoxication, ou soit simplement l'expression d'une tare dégénérative. La réaction, d'ailleurs, variera cliniquement suivant que la cellule cérébrale sera peu touchée encore dans ses processus d'association (délire alcoolique aigu ou subaigu, délires fébriles, etc.), ou qu'au contraire, complètement épuisée, elle ne pourra plus nouer que des associations rares et paresseuses (états d'inanition, convalescence des fièvres graves, états chroniques de dénutrition, etc.).

Nous observerons dans le premier cas un délire hallucinatoire d'une suffisante tenue, où les images s'ordonneront en un roman continu et non contradictoire, reproduisant parfois indéfiniment le même thème. Dans le second cas, la rupture constante du fil des idées, la faiblesse et les lacunes de l'association logique se traduiront par la désorientation dans le temps et l'espace, par une incohérence vraie des paroles (verbigération) et des actes (grimaces, sputation, mouvements

brusques, etc.), due aux associations automatiques et soudaines qui se forment encore. Par un semblable mécanisme pourront se développer alors des conceptions délirantes qui seront vagues et décousues, et des hallucinations qui, se présentant comme des réactions isolées des centres corticaux, seront incohérentes et fragmentées. Un pas de plus dans la difficulté des associations amène enfin à cette sorte de mort mentale qu'on appelle la stupidité. Les délires hallucinatoires, les états de confusion simple ou hallucinatoire sont ainsi des syndromes habituellement significatifs des intoxications cérébrales aiguës. C'est pour cela que nous plaçons la « confusion mentale primitive idiopathique » dans un sous-chapitre des folies toxiques, et à côté d'elle le *délire aigu*, que nous considérons à la fois comme l'expression suraiguë de cette confusion et comme une transition vers les aliénations liées à des lésions matérielles des centres nerveux.

II

Thérapeutique.

Sommaire. — A. — Considérations générales. — Thérapeutique en psychiatrie Nécessité d'un diagnostic précis de l'espèce nosologique et d'une connaissance complète de l'individualité atteinte. Indications tirées de ces deux facteurs. Indications tirées : 1° de la prédisposition; prophylaxie individuelle et sociale : traitement de la dégénérescence; 2° des causes occasionnelles et des symptômes généraux communs aux espèces nosologiques : méthodes générales de traitement.

B. — Méthodes générales de traitement.

1° *Le changement de milieu.* L'internement et ses indications. Organisation générale des asiles.

Le changement de milieu et la mise en tutelle de l'aliéné. Indications : manie, mélancolie, délire chronique, délires dégénératifs, obsessions. Déments et idiots. Paralytiques généraux. Épileptiques. Alcoolisés. La confusion mentale. Certificat médical conformément à la loi du 30 juin 1838. L'asile : conception spéciale issue des besoins de la thérapeutique. Encombrement. Dissociations possibles : le placement familial, les colonies familiales (déments, chroniques inoffensifs). L'asile d'idiots et d'arriérés. L'asile des épileptiques et des alcoolisés. L'asile-prison pour les crim inel dégénérés.

2° *L'organisation intérieure de l'asile.* Le non-restreint. L'alitement. Le traitement moral.

Restreint et non-restreint. Les inconvénients du restreint. La camisole de force. Le non-restreint Gardiner Hill et Conolly en Angleterre. Morel en France. Le non-restreint à l'admission de Sainte-Anne : étapes successives. L'alitement, ses promoteurs. Son influence physique et morale, ses avantages administratifs. La transformation des asiles. Le traitement moral et la suggestion hypnotique.

3° *Les médications adjuvantes.* — Hygiène générale. Moyens physiques et pharmaceutiques. Variabilité avec les indications. Le gâtisme. Le refus de nourriture.

C. — Traitement de la dégénérescence. — Hygiène individuelle, physique, intellectuelle et morale; traitement pédagogique. Internement du dégénéré : ses indications. Hygiène sociale; la question du mariage. Le problème de la régénérescence. Prophylaxie sociale.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'observation clinique nous apprend à apprécier la valeur des désordres psychiques; elle s'efforce de remonter aux causes de ces désordres, de découvrir les conditions de leur genèse et les lésions qu'elles traduisent. C'est d'elle ainsi que se déduit cette connaissance des indications qui domine toute la thérapeutique mentale, comme elle domine la thérapeutique ordinaire.

Or nous avons vu que s'il y a des espèces nosologiques ressortissant à des conditions pathogéniques spéciales, le sujet qui réagit donne à son tour une couleur particulière à cette espèce; nous avons appris que le médecin n'a fait un diagnostic complet, un diagnostic comportant un pronostic précis, qu'après avoir déterminé le terrain caché sous l'espèce apparente; à ce moment seulement peut être instituée une thérapeutique. Quelques exemples préciseront notre pensée.

Un accès de délire alcoolique se présente avec un ensemble de caractères constants; mais il offre à étudier des nuances et des conséquences différentes, suivant que le sujet frappé se trouve être indemne de prédisposition vésanique ou, au contraire, dégénéré. Ce même accès de délire peut aussi masquer une affection plus profonde, la démence paralytique, par exemple, et l'on comprend combien il est nécessaire de déceler la maladie plus silencieuse et autrement grave qui se dissimule sous ces dehors bruyants. Le traitement se déduit de la

connaissance précise de cette série de déterminismes; chacun d'eux est la source d'indications spéciales. Le délire alcoolique simple, le délire alcoolique du dégénéré, le délire alcoolique du paralytique général sont bien justiciables d'un même ensemble de moyens curatifs, mais alors que la thérapeutique a rapidement raison des troubles psychiques du premier sujet, elle est loin d'être épuisée chez le dégénéré et chez le paralytique après la disparition du délire toxique.

Les règles générales du traitement sont semblables en face d'un accès de manie ou de mélancolie, que celui-ci soit simple, idiopathique, ou symptomatique d'une folie intermittente. Les syndromes état maniaque, état mélancolique, font surgir des indications que l'on puise à la fois dans la pathogénie, dans les symptômes, dans l'évolution connue de la maladie. Mais avant d'instituer le traitement, il est nécessaire de pouvoir affirmer que l'accès est un accès vrai de manie et de mélancolie, et non un de ces faux états maniaques ou mélancoliques dont nous avons parlé, symptômes d'espèces nosologiques différentes (délires toxiques, névrose, etc.) et, par cela même, justiciables d'une autre thérapeutique. Le diagnostic n'est pas complet encore : il faut aussi remonter à l'origine du mal, scruter son étiologie, dévoiler le terrain simplement prédisposé ou dégénératif sur lequel il s'est abattu, et, de cet ensemble de faits, déduire des indications nouvelles.

La thérapeutique en pathologie mentale découle donc du diagnostic précis de l'espèce nosologique, et de la connaissance de l'individualité atteinte. Or, cette individualité ne donne prise à la maladie que parce qu'elle est prédisposée, parce que son cerveau se trouve en état de moindre résistance devant la cause morbifique.

La prédisposition se trouve être ainsi la principale raison de la folie; elle nous fournit une indication qui rayonne sur toute la thérapeutique mentale, et qui doit être par suite spécialement étudiée dans une revue d'ensemble de la thérapeutique psychiatrique. Et comme la prédisposition trouve son expression la plus parfaite dans la dégénérescence mentale,

c'est le traitement de celle-ci qui doit servir de préface à l'étude des thérapeutiques spécialisées des autres types morbides.

Mais comment comprendre ce traitement ?

L'observation clinique, en nous permettant de découvrir la base qui supporte les phénomènes de cet ordre, en nous montrant la constante analogie de ces phénomènes entre eux, et la similitude de leurs caractères avec ceux de la base d'où ils émanent, nous révèle par là même le processus pathogénique qui leur a donné naissance ; elle nous découvre encore les causes qui ont produit cette perturbation primitive des centres nerveux, et nous met ainsi en mesure d'instituer un traitement rationnel et complet. Certes, nous ne pouvons avoir la prétention d'intervenir directement contre une modification de la structure cérébrale. Mais, sous cette réserve même, la tâche de la thérapeutique est suffisamment étendue, sa sphère d'action suffisamment vaste, les moyens dont elle dispose sont suffisamment efficaces pour que nous affirmions la possibilité de maîtriser la maladie.

Le rôle du médecin ne doit point se résoudre en effet dans l'art de traiter un délire ; il doit aussi et surtout être prévoyant. Cela nécessite, on le comprend, de solides connaissances en psychiatrie, et nous demeurons convaincu qu'il y aurait moins d'aliénés dans les asiles si les médecins connaissaient mieux la folie. Car ceux-ci peuvent préserver de ce mal les individus qu'y prédisposent les tares de leurs générateurs ; ils peuvent affaiblir cette prédisposition, développer la force de résistance du cerveau contre les influences morbides, et tout au moins enseigner à les éviter.

Cette prophylaxie individuelle se double d'une prophylaxie sociale. La connaissance, tous les jours plus complète, des facteurs de la dégénérescence, impose au médecin le devoir de lutter contre eux de toutes ses forces, de faire pénétrer partout une hygiène physique et morale plus sévère, de mettre en garde le corps social contre les effets désorganisateurs et contre la transmission des tares névropathiques. La

prophylaxie des maladies infectieuses, des intoxications, de l'alcoolisme surtout, se trouve ainsi directement reliée à la prophylaxie de la folie, et spécialement des formes dégénératives de la folie. (Voir ces différents chapitres.)

Si, malgré tout, le dégénéré vient à délirer franchement, la thérapeutique est loin d'être stérile. Mais il faut pour cela pénétrer toute l'individualité mentale du sujet, connaître son caractère et ses tendances, car le traitement se double ici plus que partout ailleurs de procédés psychiques, comme il faut aussi être parfaitement éclairé sur l'étiologie du cas particulier, sur l'état de l'organisme, pour y puiser les indications du traitement somatique. Les sources de ces indications sont donc multiples : et elles varient avec chaque sujet. Mais s'il n'y a pas un système thérapeutique exclusif, il y a des indications générales que l'on tire de la connaissance de la genèse et de l'évolution généralement semblables des délires dégénératifs et que l'on peut résumer de la manière suivante : écarter toute influence extérieure nuisible, combattre toutes les complications organiques, régulariser la vie cérébrale par le repos ou l'activité judicieusement distribués (traitement psychique) et par des moyens somatiques et diététiques appropriés. Or, cet ensemble d'indications générales, nous le retrouvons dans les psychoses des simples prédisposés.

Voyons par exemple les indications spéciales que nous fournit l'étude de la mélancolie. Ce que nous savons de ses conditions pathogéniques nous amène à penser que les toniques, les reconstituants, en relevant la nutrition générale, doivent produire d'excellents résultats. Et, de fait, ils les produisent, mais ils ne suffisent pas à guérir l'affection, et il faut d'autre part lutter contre l'état cérébral de douleur morale (angoisse et délire, etc.), en procurant au malade un repos intellectuel absolu. Il faut aussi constamment surveiller l'état organique pour éloigner les complications circulatoires, les auto-intoxications gastro-intestinales, etc., éviter en un mot toute influence étiologique fâcheuse,

comme il faut par le traitement psychique ranimer le cours des associations et les tendances de la volonté.

De telle sorte qu'ici encore, comme dans les états dégénératifs, la méthode thérapeutique ne peut être exclusive ; elle est, suivant le cas, et suivant les symptômes, pathogénique, physiologique, symptomatique, empirique même. Mais toujours elle comprend une somme d'indications générales, les mêmes en substance que celles qui s'appliquent aux délires dégénératifs, et que nous retrouverions aussi bien dans les autres psychoses et dans les aliénations accidentelles : écarter les conditions étiologiques défectueuses, améliorer physiquement et psychiquement les conditions de la vie cérébrale.

Il y a donc un ensemble de prescriptions générales hygiéniques et thérapeutiques qui s'appliquent à toutes les maladies mentales.

Ces indications générales sont remplies par des moyens physiques et moraux.

Les moyens physiques comprennent l'isolement, le non-restreint, et, dans un grand nombre de cas, l'alitement.

Les moyens moraux découlent des moyens physiques.

Nous allons étudier successivement chacun de ces procédés.

Nous terminerons par l'exposé du traitement de la dégénérescence, qui est, dans ses grandes lignes, celui de la prophylaxie de la folie, comme le traitement que nous exposons dans notre premier chapitre est celui de la folie confirmée.

B. — MÉTHODES GÉNÉRALES DE TRAITEMENT

1° Le changement de milieu. L'internement et ses indications. L'organisation générale de l'asile.

La soustraction du malade à son milieu habituel est le moyen thérapeutique le plus puissant que l'on possède contre la folie ; mais pour que ce moyen acquière toute son efficacité, il faut que le malade soit placé sous une tutelle ferme et

éclairée. Il est prouvé que plus on hâte ces mesures, plus grande est la possibilité de guérison : d'où encore, nous le rappelons, cette nécessité pour le médecin praticien de bien connaître la folie, de la dépister sous ses débuts souvent insidieux, et surtout de ne point la précipiter vers la chronicité incurable par des méthodes systématiques et souvent fatales.

Ces mesures sont d'autant plus nécessaires, que le milieu familial où s'est développé le délire constitue pour le patient un foyer constant d'excitation vésanique : genre de vie, émotions, chocs maladroits de l'entourage, sont autant de coups de fouet donnés à la folie naissante. Les parents, en effet, heurtent à faux les idées délirantes; ou au contraire, dépourvus d'énergie et d'autorité, ils se montrent incapables d'imposer les soins nécessaires, de protéger le malade contre lui-même (suicide, refus de nourriture, etc.), et de l'empêcher de nuire aux autres. D'autre part, ce milieu familial est apte à recueillir la folie pour son propre compte : prédisposé, héréditaire, souvent dégénéré, l'entourage, vivement ému par l'aspect du malade, subissant chaque jour la suggestion des mêmes idées et des mêmes actes, peut succomber à son tour.

Ces considérations s'adressent tout d'abord aux psychoses proprement dites.

La nécessité d'un changement de milieu et d'une mise en tutelle est évidente pour la manie, pour la mélancolie, surtout lorsque celle-ci s'accompagne d'angoisse, de tendance au suicide, de conceptions délirantes.

Le délirant chronique, le dégénéré délirant doivent de même être soustraits au milieu qui a vu naître leur délire, et l'on sait quelle accalmie en résulte aussitôt (voir délire des persécutions). Mais si ces malades peuvent parfois jouir d'une liberté relative, il faut songer que les excitations du milieu extérieur ne font qu'accélérer la marche de la maladie, et il faut prévoir le moment où, menaçant de passer aux réactions agressives ou désespérées, ils devront être surveillés de très près.

Les obsédés laissés dans leur famille s'éternisent dans

leurs obsessions et leurs impulsions. Ils contractent en effet des habitudes nouvelles, dont ils ne peuvent se départir, malgré les sollicitations de l'entourage. Celui-ci, d'abord plein de zèle et d'activité, se heurte aux résistances passives des malades, se décourage devant la répétition monotone de tous ces phénomènes, et, à la longue, las de lutter, finit par fermer les yeux, laissant ainsi s'installer les *petites manies* chaque jour plus tenaces, et qui, d'abord produites par les obsessions et les impulsions, finissent elles-mêmes, une fois établies, par les solliciter à leur tour. L'intervention du médecin est seule capable de mettre un frein à ces manifestations de plus en plus étendues ; mais pour qu'elle soit efficace, pour que le patient puisse entamer la lutte contre ses acquisitions maladives et s'en dépouiller, il faut qu'il entre dans un milieu nouveau, où chacun s'efforcera de l'aider. Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas dans lesquels l'obsession prend un caractère grave (impulsion à l'homicide, au suicide, au vol, etc.) et appelle des mesures rapides de préservation individuelle ou sociale.

Les idiots, les imbéciles, les déments séniles et les déments organiques peuvent devenir dangereux lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes ; mais les actes qu'ils commettent inconsciemment sont facilement prévenus par un entourage attentif. Malheureusement les conditions sociales ne permettent pas généralement aux familles d'exercer cette surveillance : de là aussi l'absence de soins matériels, quand il n'y a pas de mauvais traitements. D'autre part, quelques-uns de ces malades, les déments, peuvent présenter des états délirants, maniaques, mélancoliques, hallucinatoires, qui nécessitent un traitement actif et une surveillance plus grande. Les idiots et les imbéciles doivent enfin être soumis à un dressage pédagogique que les parents sont dans l'impossibilité d'instituer et de poursuivre.

Ce que nous venons de dire des déments organiques est vrai *a fortiori* des paralytiques généraux.

La lésion anatomique de la paralysie générale explique

le peu de succès de la thérapeutique en face de cette affection. C'est seulement à la période de début, quand la lésion, encore peu avancée, est susceptible de régresser, qu'on peut tenter, avec quelque chance de succès, d'en enrayer la marche. Il est regrettable que le médecin ne soit que rarement appelé à cette première phase : dans la majorité des cas, ce n'est qu'un an, et même davantage, après le début, qu'il intervient.

Est-ce à dire qu'une fois le diagnostic établi, l'arrêt fatal qu'il comporte habituellement rende inutile toute intervention médicale? Loin de là ; la possibilité d'obtenir des rémissions plus ou moins longues, l'existence de cas exceptionnels de guérison, obligent le médecin à ne point se désintéresser du paralytique comme d'un malade irrévocablement condamné. Il lui faut, en outre, dans tout le cours de l'affection, et surtout au début et pendant les rémissions, veiller à l'observance rigoureuse des règles hygiéniques; les excès de tout genre auxquels le sujet est porté peuvent activer l'évolution du processus anatomique, provoquer des délires surajoutés et s'opposer à la rétrocession des symptômes essentiels. Il doit enfin prévenir ou traiter les complications multiples qui peuvent apparaître quand l'affection progresse. Soustraire le paralytique à son milieu habituel et à toutes les causes d'excitation qu'il y trouve est donc la première indication à remplir. Mais elle ne suffit pas. Dans la majorité des cas et surtout à la période d'état, il faut placer le paralytique dans un milieu où rien ne vient stimuler son activité maladive, où les exigences d'une profession fatigante, les sujétions de la vie mondaine, les excès alcooliques et vénériens ne peuvent mettre obstacle aux rémissions possibles. On prévient encore ainsi les gaspillages effrénés de certains sujets qui plongent en quelques semaines leur famille dans la ruine, et les actes délictueux auxquels d'autres peuvent se livrer. Au cours des rémissions, le repos le plus complet est indispensable : c'est aller au-devant d'une rechute rapide, qui n'a que trop de tendance à se produire spontanément, que de permettre au paralytique de reprendre ses occupations habituelles.

Restent les névroses et les intoxications.

La plupart des épileptiques arrivent à l'asile à la suite d'une recrudescence des crises due à des excès de boisson. Beaucoup d'entre eux, en effet, s'ils étaient sobres, pourraient suivre chez eux le traitement approprié, tout en continuant leur travail. Quoi qu'il en soit, ces malades doivent être enlevés à leur milieu quand les attaques sont suivies de délire, surtout si les accidents se répètent à intervalles rapprochés. Nous ne ferons qu'indiquer les cas dans lesquels l'épilepsie, même peu grave, coïncide avec un état différent (délires toxiques, psychoses simples ou dégénératives) ou se complique d'affaiblissement des facultés : l'indication qui ressort de ces nouveaux facteurs est la même.

Voyons enfin les intoxications.

Alcooliques, morphiniques, cocaïniques, etc., tous les sujets qui s'intoxiquent de leur plein gré, et qui deviennent peu à peu les esclaves de leurs habitudes, ne peuvent rompre définitivement avec elles qu'en se soustrayant à la tentation, c'est-à-dire en se mettant par l'isolement dans l'impossibilité matérielle d'y succomber. L'éclosion d'un accès de délire rend d'ailleurs cette mesure inéluctable.

Nous ne dirons rien des délires fébriles, dont la thérapeutique se confond avec celle de l'affection causale et au traitement desquels suffit en général l'hôpital.

En raison d'affinités étiologiques et cliniques, nous avons placé à côté des délires toxiques cet état particulier d'obnubilation des facultés, que l'on décrit sous le nom de confusion mentale. Il semble dans ce cas qu'en changeant le malade du milieu qui lui est familier on augmente la désorientation, surtout au moment où la convalescence se dessine. Mais si l'on songe aux précautions minutieuses physiques et diététiques dont on doit entourer le malade, si l'on songe surtout avec quel soin méthodique on doit graduer le réveil cérébral, modérer les sentiments émotifs, exercer l'intelligence sans la fatiguer, on verra que cette thérapeutique somatique et cette gymnastique mentale peuvent se faire seulement sous la di-

rection du médecin et d'un personnel éprouvé, qu'elles sont, par suite, souvent impossibles dans le milieu familial, que rien d'ailleurs n'empêchera les parents, quand le moment en sera venu, de venir coopérer à cette œuvre de reconstitution psychique.

L'indocilité du sujet, l'inintelligence de l'entourage, l'insuffisance des moyens dont il dispose, la possibilité de la contagion sont autant de raisons qui militent en faveur d'un changement de milieu et d'une mise en tutelle rapide du malade.

Mais où et comment opérer ce changement de milieu et instituer cette mise en tutelle ? Nous répondrons : A l'asile et par l'asile.

Sans doute, dans quelques cas très limités (simples déséquilibrés, hypochondriaques, déments, etc.), des voyages, un séjour à la campagne peuvent produire des résultats heureux, mais ces moyens ne peuvent porter leurs fruits que si l'on est en mesure de parer à temps aux épisodes aigus, et si le malade reste sous l'œil du médecin. Il faut compter aussi avec les conditions sociales qui ne mettent le plus souvent à la portée des familles que les mesures générales d'assistance.

L'entrée dans un asile constitue donc l'indication principale ; elle supprime net les causes provocatrices de la maladie, et elle agit par elle-même sur la marche de celle-ci. Soustrait aux multiples facteurs d'excitation qui l'environnaient, le malade ne tarde pas en effet à se calmer ; soumis à une discipline raisonnée, qui supplée à sa volonté affaiblie, mais entouré de ménagements et de bienveillance, il jouit en réalité d'une plus grande somme de libertés que ne pourrait lui en laisser la vie dans sa famille, il se trouve en même temps protégé contre les dangers où l'entraînent son inconscience ou ses conceptions délirantes, il est l'objet de soins médicaux permanents et judicieux. Ainsi le séjour à l'asile permet seul d'instituer un traitement physique et moral continu, dont la direction ne sera point entravée par les influences maladroitement bien intentionnées des parents, et dont les effets pourront être progressivement gradués.

Mais il est nécessaire de faire remarquer que *séjour à l'asile* ne doit pas signifier isolement absolu. Nous allons voir bientôt que l'asile est un simple hôpital pour les maladies mentales, dans lequel, suivant les cas, le médecin peut être appelé à ordonner l'isolement du malade, à permettre ses communications avec la famille, à lui laisser même une liberté à peu près complète. C'est là aussi seulement que peuvent être réunis et mis en pratique les moyens diététiques, physiques et moraux nécessaires au traitement de la folie.

Malgré ces nécessités et ces avantages, l'entrée à l'asile trouve cependant dans la famille même du malade des adversaires têtus. On admet difficilement que l'un des siens soit aliéné; on oppose l'affection intelligente et dévouée dont on saura l'entourer à l'indifférence des étrangers ; on veut toujours croire à une guérison prochaine, et l'on se plaît à présenter au médecin les indices d'amélioration que l'on a cru saisir (calme passager, sommeil meilleur, etc.). On recule devant cette mesure, car on songe au préjugé qui entoure encore ces malheureux au sortir d'un asile. On redoute enfin pour eux le contact des autres aliénés, on est effrayé, — il faut bien le dire, — par le sombre appareil de « la maison des fous », qui se referme hermétiquement dès que le malade en a franchi le seuil.

C'est alors qu'il est nécessaire d'appeler à soi tous les enseignements de la clinique, pour battre en brèche ces sentiments sans doute louables, mais ignorants des véritables intérêts du malade. Instruire les parents de l'issue défavorable de la maladie, pour peu que l'on temporise; indiquer les dangers qu'ils font courir au malade et qu'ils courent eux-mêmes en le gardant auprès d'eux; les dissuader de cette prétendue influence néfaste des aliénés les uns sur les autres ; faire tomber enfin les préventions qu'ils peuvent avoir contre l'asile : telle est, en résumé, la tâche du médecin.

Le certificat médical réclamé par la loi du 30 juin 1838 pour l'admission d'un malade dans un asile d'aliénés peut être ainsi formulé :

« Je soussigné, docteur en médecine, certifie que M. (nom, prénom, âge, domicile) est atteint (diagnostic, description détaillée des symptômes en signalant les actes commis sous l'influence du délire, notamment les violences : homicide, tentative de suicide). Dans cet état mental, j'estime qu'il est nécessaire de placer M. dans un établissement spécial pour y être traité et surveillé.

« (Signature, domicile, date.) »

Ce certificat doit être fait sur papier timbré (ou sur papier libre pour les indigents, en indiquant qu'il est délivré gratuitement) et légalisé, à Paris, par le commissaire de police du quartier où réside le médecin, dans les départements, par le maire.

Nous allons résumer les modes d'assistance des aliénés tels qu'ils se présentent à nous aujourd'hui, c'est-à-dire issus de la connaissance plus complète de la pathologie, c'est-à-dire encore, dans bien des cas, tels qu'ils devraient être plutôt que ce qu'ils sont. Ici encore la clinique va vous guider.

Supposons, par exemple, que l'on se trouve en présence d'un état d'excitation maniaque ; le diagnostic précis, complet, pourra seul nous fixer sur la forme d'isolement que comporte le cas examiné. Un accès de manie simple, idiopathique, dont la marche cyclique s'étend sur plusieurs mois, relève de l'asile, où le traitement pourra être mis en œuvre d'une manière constante et raisonnée. Il en est de même des accès maniaques du fou intermittent et du dégénéré, dont l'évolution ultérieure peut présenter des accidents imprévus et prolongés. Mais s'il s'agit, par exemple, d'un accès d'agitation à la suite d'un ictus chez un épileptique ordinairement tranquille, ou bien d'une phase d'excitation survenue brusquement à la suite d'un violent choc moral ou physique, ou consécutivement à des excès fortuits chez des individus habituellement sobres et bien portants, il est préférable d'obtenir la guérison, en général rapide dans ces cas, soit dans le milieu familial, soit dans une salle d'hôpital, plutôt que de recourir à l'asile par une séquestration administrativement constatée.

Lorsque le syndrome « excitation maniaque » réclame l'internement, la mesure peut s'étendre ou se restreindre suivant le cas particulier. Supposons qu'on soigne en même temps, dans le même lieu, un maniaque vrai, un dégénéré maniaque, un épileptique, un alcoolisé, un dément sénile agités; qu'adviendra-t-il au bout de quelques jours de traitement? Le maniaque vrai présentera les mêmes symptômes, le dégénéré pourra être moins agité, l'épileptique et l'alcoolisé pourront être revenus à l'état normal, le dément sénile, moins excité, n'en sera pas moins toujours dément. A ce moment, l'épileptique et l'alcoolisé devraient sortir; mais comment surveiller leur convalescence, et affermir encore leur état? A ce moment aussi, il faudrait aider par tous les moyens en notre pouvoir à la convalescence et à la guérison définitive du dégénéré; et il faudrait retirer le dément d'un milieu, où il n'est plus à sa place.

N'y a-t-il donc d'autre moyen que de faire passer successivement ces malades du quartier des agités à celui des demi-agités, de celui-ci à celui des tranquilles, et de les occuper à l'intérieur de la maison?

Ne peut-on leur donner une plus grande somme de libertés, ne peut-on et ne doit-on pas, à mesure qu'ils arrivent à la convalescence, desserrer pour eux l'étreinte de l'asile, et les faire peu à peu rentrer dans la vie extérieure?

De là sort, tout naturellement, cette conception de l'asile avec une partie centrale, qui serait un véritable hôpital où l'on traiterait les formes aiguës de la folie et les maladies incidentes des aliénés, et une partie annexe, une colonie, où les malades convalescents s'essaieraient à la liberté en travaillant « toutes portes ouvertes », où l'on appliquerait en un mot le système de l'*open-door* écossais. Mais il y a des formes, — et pas les moins nombreuses, — qui se développent sans phénomènes tapageurs (délirants systématiques, persécutés persécuteurs, certains obsédés), et qui n'en sont pas moins graves au point de vue surtout des conséquences que peut avoir pour l'entourage la situation mentale des malades

(homicides). Le délirant systématique qui désigne ses persécuteurs, le dégénéré processif qui gaspille ses biens et menace de sa vengeance ses ennemis imaginaires, le dégénéré tourmenté par l'obsession criminelle ou l'obsession du suicide doivent être soumis à une surveillance très étroite qui ne peut être exercée qu'à l'asile. Là, constamment placés sous l'observation médicale, ils peuvent parfois être laissés à la colonie, ou doivent réintégrer la partie centrale dès qu'ils se montrent suspects.

De telle sorte qu'à la partie centrale, véritable hôpital pour les états aigus, devrait être ménagé un quartier de surveillance pour les aliénés dangereux (homicides ou suicides).

Nous verrons dans un instant comment on peut comprendre cet hôpital d'aliénés. Voyons d'abord quelle doit en être la population.

Il pourra paraître étrange de formuler une telle question. Mais si l'on songe à la variété des sujets qui arrivent à l'asile, on conviendra tout de suite qu'elle mérite de nous arrêter.

Et tout d'abord, plusieurs groupes de malades peuvent trouver place d'emblée, ou aussitôt guéris de leurs troubles aigus, ailleurs qu'à l'asile, par exemple chez des nourriciers qui, moyennant une indemnité, les surveillent et en ont soin.

Cette assistance familiale peut être comprise de deux façons; les aliénés sont dispersés sur une étendue plus ou moins vaste du territoire, dans des localités éloignées, ou au contraire réunis dans la même agglomération. Le premier système est pratiqué avec succès en Écosse et constitue le *private dwelling system* (John Sibbald); il présente cependant un défaut, que ne peuvent pallier le choix des malades et les inspections médicales, même fréquentes : c'est la dissémination des aliénés, leur éloignement d'un centre hospitalier où on puisse les recueillir. Il n'en est plus ainsi dans le second système organisé en Belgique, à Gheel et à Lierneux, et mieux encore en France, à Dun-sur-Auron (Cher), où les aliénés se trouvent groupés dans la même localité et sont ainsi placés sous la direction immédiate du médecin.

En attendant la création d'hospices assez vastes pour les recueilllir, les *déments séniles* peuvent bénéficier du placement familial; les aliénés incurables reconnus inoffensifs peuvent aussi en profiter. On demande même que les aliénés curables viennent achever leur convalescence dans ces colonies.

Mais, on le comprend, des épisodes aigus surviennent parfois, des maladies incidentes éclatent. D'où la nécessité, au centre même de l'agglomération, d'une infirmerie qui puisse recevoir tous ces cas. A Gheel, cette infirmerie est un véritable hôpital-asile; à Dun, il y a une infirmerie pour les accidents légers, un drainage se fait ensuite vers l'asile de Bourges des malades qui ne peuvent plus rester à la colonie.

Nous retrouvons là les mêmes idées générales qui nous avaient conduit à cette conception d'un asile fait d'un centre hospitalier et d'une périphérie de colonies travailleuses. Si même le placement familial venait à s'étendre, s'il pouvait recueillir des malades plus nombreux et plus variés, si l'infirmerie centrale se développait, on aurait, sous la condition expresse de l'observation médicale constante, un deuxième mode complet d'assistance des aliénés.

Quoi qu'il en soit, et dans l'état actuel des choses, voilà l'asile urbain débarrassé d'une partie de ses malades, et le traitement partout institué sur les mêmes bases.

Un autre groupe de sujets doit encore en être distrait : les idiots et les imbéciles. Il y a intérêt en effet à les réunir dans un même centre, où on puisse leur donner à la fois les soins physiques nécessités par leur état, et l'éducation méthodique destinée à développer leurs facultés rudimentaires. D'où encore cette même division : l'infirmerie, et à ses côtés l'école et l'atelier.

Parmi les sujets atteints de psychoses aiguës que l'hôpital d'aliénés recueille encore aujourd'hui, il en est qui guérissent en quelques jours de leurs délires, mais qui n'en ont pas moins besoin d'une observation parfois prolongée et d'une cure spéciale constante ou de longue durée. A cette catégorie

de malades appartiennent les alcoolisés et les épileptiques, pour lesquels on peut également instituer des modes d'assistance qui les groupent (Voir les articles consacrés à l'alcoolisme et à l'épilepsie.) Et ici encore, à côté de l'infirmerie destinée à soigner les manifestations aiguës de l'intoxication ou de la névrose, prend place avec l'atelier le travail moralisateur.

L'asile ainsi débarrassé des incurables non dangereux, des déments, des alcoolisés, des épileptiques, des idiots, que lui reste-il ? les aliénés curables et les aliénés dangereux. Une dernière sélection reste à faire : éliminer du groupe des aliénés dangereux les criminels sans idées délirantes, mais atteints de la folie morale. Actuellement, entre l'asile et la prison n'existe aucun moyen terme, si ce n'est cette responsabilité atténuée qui n'est qu'une solution d'attente. Et cependant un doute plane sur la conscience morale d'un certain nombre de criminels.

L'asile d'aliénés ne leur convient pas, la prison les stigmatise peut-être à tort. Que faire? Ayons des établissements où, grâce aux lumières combinées du magistrat et du médecin, l'on pourra faire du criminel une étude approfondie, tout en sauvegardant les intérêts de tous, où les méthodes de moralisation et de relèvement du criminel seront le corollaire forcé de la séquestration. Dès lors, à l'asile d'aliénés appartiendra le criminel nettement aliéné ; à la prison, le criminel paraissant indigne d'une atténuation de peine ; à la prison-asile enfin, le criminel sur lequel pourrait s'élever un doute, le dégénéré fou moral.

L'assistance des aliénés, telle que nous la comprenons, appartient encore, dans la majorité des cas, au domaine des futures possibilités. Il serait cependant injuste de prétendre que nous n'avons rien fait en France pour entrer dans la voie d'une assistance rationnelle. S'il existe en ce moment une poussée vers des réalisations pratiques des divers modes d'assistance, nous pouvons affirmer que cette poussée n'est pas faite tout entière d'impulsions étrangères, que ce qu'o

réclame n'est pas pour nous entièrement nouveau, que déjà, dans un certain nombre d'asiles, les sélections que nous avons indiquées se font ou sont même faites. Nous n'en voulons pour preuve que ce qui se passe dans le département de la Seine : sans parler des centres de colonisation de Dun-sur-Auron pour les déments séniles et les chroniques inoffensifs, ni de l'asile pour alcoolisés dont on termine en ce moment la construction, les épileptiques ne sont-ils pas groupés à Ville-Evrard et à Bicêtre, et n'y trouvent-ils pas une infirmerie pour leur états aigus et un centre de travail pour leurs états interparoxystiques et leur convalescence? Les idiots et les arriérés, enfin, ne reçoivent-ils pas à la colonie de Vaucluse, à Bicêtre et à la fondation Vallée, ce dressage médico-pédagogique seul capable de leur donner quelque valeur sociale, et à l'organisation duquel il n'est que juste de rattacher le nom de M. Bourneville? Sans doute ces mesures doivent être étendues et perfectionnées, mais elles affirment que nous ne marchons pas aussi péniblement qu'on a bien voulu le dire à la remorque de l'étranger. Ce qui est nouveau, c'est la tendance à changer le type actuel de l'asile d'aliénés; mais là encore, les services français qui ont depuis longtemps adopté le non-restreint n'ont-ils pas en réalité pleinement organisé un système dont les modes aujourd'hui préconisés de traitement général (alitement) ne sont qu'une consécration?

2° L'organisation intérieure de l'asile. — Le non-restreint. L'alitement. — Le traitement moral.

Toutes les fois qu'un malade en délire est dans un éta qui laisse craindre des actes dangereux, soit pour lui-même, soit pour les autres, il y a lieu d'intervenir. Cette intervention peut se faire de deux manières, ou bien en plaçant auprès de l'agité un nombre suffisant de gardiens qui préviennent les accidents, ou bien en ayant recours, pour le maintenir, aux moyens mécaniques de contention.

Les moyens mécaniques de contention ont vu le jour avec

les premiers malades; de très bonne heure on s'est efforcé de rechercher les appareils qui permettaient le plus commodément d'enlever au patient le libre usage des mains et des pieds. Il serait long, et sans aucune utilité, de donner une idée des créations nombreuses issues de ces recherches. Depuis les appareils fixes, sur lesquels l'individu était appliqué et immobilisé, depuis les revêtements variés, souples ou rigides, entravant l'action volontaire des muscles, jusqu'à la simple chaîne rivée au mur, on trouverait les machines les plus singulières.

De tous ces engins, la camisole, à peu près seule, nous reste; son usage s'est généralisé, et elle fait partie de l'arsenal non seulement des asiles, mais encore, c'est triste à dire, des hôpitaux ordinaires. Les inconvénients graves qui résultent de son emploi ont été étudiés dans une autre partie de cet ouvrage (Fasc. III, p. 135). Nous n'avons donc pas à y revenir. Malgré cela, elle a encore ses partisans.

Devant les critiques trop fondées que son usage soulève, ses partisans accordent bien, il est vrai, qu'on doit faire usage de la camisole avec la plus grande réserve, qu'on doit réduire son emploi à la simple contention des bras, qu'on doit entourer son application de sages précautions. Ils ne contestent donc plus sa fréquente nocivité, ils ne la justifient qu'en la mettant sur le compte de manœuvres abusives, qu'il appartient au médecin de réprimer. Or ces manœuvres se perpétuent infailliblement entre les mains de gardiens ignorants et paresseux; c'est un instrument qu'il faut de toute nécessité leur enlever des mains. Et il suffit d'ailleurs que cet instrument puisse être dangereux pour qu'il disparaisse d'un arsenal qui doit être thérapeutique et nullement répressif. Certes, en substituant la camisole à la barbare coercition qui pesait sur les aliénés, Pinel fit œuvre utile. Mais il ouvrait la voie vers de nouveaux progrès; et c'est encore rendre hommage à l'illustre réformateur, c'est comprendre sa pensée bienfaisante que de perfectionner son œuvre, et rejeter un engin qui n'est plus en rapport avec les besoins actuels.

Quelles sont en effet, d'après ses partisans, les indications de la camisole : soumettre les indociles, maîtriser les agités, prévenir les impulsifs dans leurs tentatives d'homicide et de suicide. Or l'expérience prouve que son application chez les agités n'a d'autre résultat que de les transformer en furieux. Dans notre service, où la camisole et tout autre moyen de contention sont radicalement supprimés, nous n'observons plus de fureur maniaque, en dehors de quelques cas rares de folie épileptique, et cependant les malades nous arrivent toujours dans la période la plus aiguë de leur délire. Il ne serait pas difficile, d'autre part, de découvrir dans les annales des asiles, des faits dans lesquels des aliénés camisolés ont pu se défaire de leurs liens, tuer leurs voisins ou se suicider. Ces engins mécaniques donnent une fausse sécurité, ils amènent un relâchement de la surveillance ; ils sont donc à la fois inutiles et dangereux ; c'est dire, en dernière analyse, qu'ils doivent être radicalement rejetés.

Mais comment agir efficacement sans moyens mécaniques? Une surveillance attentive, un bon personnel d'infirmiers, quelques chambres d'isolement suffisent à toutes les indications. Cet ensemble de procédés constitue le système du *non-restreint*, institué en Angleterre par Gardiner Hill (1837) et Conolly (1839), préconisé en France en 1860 par Morel, que des circonstances particulières empêchèrent de mettre ses projets à exécution, introduit enfin par l'un de nous, dès 1874, au Bureau central d'admission des asiles de la Seine (Sainte-Anne), et appliqué dans toute sa rigueur en 1877, après toute une série d'essais préliminaires dont les premiers remontent à 1867.

L'adoption de l'alitement nous a permis enfin de donner à ce système toute sa portée et de modifier complètement l'aspect général de notre service.

Dès 1867, nous avions, en supprimant la camisole, revêtu les malades d'un maillot largement fait, destiné surtout par sa forme et son mode d'application à éviter la gêne des fonctions respiratoires et circulatoires; mais nous maintenions

encore les mains et les bras appliqués le long du corps par un système de liens et de poches qui, en disséminant les pressions sur de larges surfaces et en ne permettant les mouvements que dans le sens de l'ampliation thoracique, mettaient le malade à l'abri des inconvénients de la camisole.

En 1874, nous supprimions tous les liens; dès lors le maillot ne constituait plus qu'un vêtement destiné à protéger contre les variations de température les malades qui se déshabillent sans cesse.

Or l'alitement répond à la plupart de ces indications et l'application du maillot est devenue de plus en plus rare.

D'autre part, dans un certain nombre de cas, nous avions recours à l'isolement temporaire dans une chambre (aliénés excités, maniaques, délirants hallucinés, paralytiques généraux à bouffées congestives, etc.). Quelques-uns de ces malades y retrouvaient un calme rapide; d'autres, sous une surveillance attentive et constante, pouvaient s'y débattre à l'aise et sans danger pour eux-mêmes ou pour leurs camarades. Souvent la persuasion et une attitude bienveillante suffisaient à obtenir de ces malades l'entrée de bon gré dans la chambre d'isolement, mais, dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, il fallait recourir à la force manuelle, dont les inconvénients n'étaient évités que grâce à la patience, à la douceur et à l'habileté du personnel.

L'alitement supprime en général ces inconvénients; il permet de restreindre l'usage de la chambre d'isolement; il a aussi son importance économique, puisqu'il rend superflue l'installation souvent coûteuse d'un quartier cellulaire.

Mais il a d'autres avantages.

A l'article *Folie intermittente*, écrit avant ces considérations générales, on trouvera quelques-uns des résultats de notre expérience personnelle.

Il est dès maintenant nécessaire de les compléter.

Depuis fort longtemps, le repos au lit est préconisé comme moyen de traitement dans la mélancolie. Il a été appliqué particulièrement par Guislain à l'asile de Gand (1852) et

Weir Mitchell à l'hôpital des maladies nerveuses de Philadelphie (1875). Ce dernier, dans son ouvrage sur l'hystérie et la neurasthénie, développe longuement sa méthode : le repos au lit doit être absolu et continué dans la majeure partie du traitement; on y ajoute l'emploi du massage, de l'électricité, et une diète spéciale.

D'autres auteurs ont aussi vanté ses excellents effets dans la mélancolie (Ludwig Meyer, Griesinger, Köppe, Belle et Lemoine, etc.); mais ce n'est que depuis peu que l'alitement est devenu pour un grand nombre d'aliénistes allemands, russes, suisses, hollandais (Pœtz, Neisser, Krœpelin, Timoféieff, Gouseieff, Korsakoff, etc., etc.), la base du traitement, non seulement de la mélancolie, mais de toutes les formes aiguës de la folie, des maniaques les plus agités aussi bien que des mélancoliques avec stupeur.

Nous avons vu que la première indication dans le traitement de la folie est d'améliorer physiquement et psychiquement les conditions de la vie cérébrale, et d'écarter soigneusement toutes les influences étiologiques défectueuses, qu'elles viennent du dehors ou de l'organisme même du malade. Or quel moyen réalise mieux que le séjour au lit ces indications primordiales?

Le séjour au lit permet la réparation des pertes subies par l'organisme, dans les états d'excitation sous l'influence de l'extraordinaire dépense motrice, et dans les états mélancoliques sous l'influence de l'anxiété, de l'insomnie, du refus de la nourriture. La nutrition générale se relève ainsi; et comme elle est primordialement compromise dans la mélancolie vraie, on voit tout de suite les résultats heureux qui ne tardent pas à se dégager.

Les fonctions cardio-musculaires se régularisent, le cerveau, mieux irrigué, grâce à la position horizontale, devient plus capable de réactions normales; la circulation entravée devient plus active, et la peau, cette membrane nerveuse d'enveloppe, réagit avec vitalité. Enfin, sous la double influence du relèvement nutritif et du bon fonctionnement

circulatoire, les pertes de chaleur se réduisent et la température se régularise.

On verra, à propos de la folie intermittente, comment les malades les plus agités se familiarisent rapidement avec le lit, — effet normal de la mise en scène, de l'ordre général de la salle, qui s'ajoute à l'effet physique du repos au lit.

Donc la pratique de l'alitement modère, d'une part, les manifestations furieuses et calme, d'autre part, la douleur morale. De plus il écarte certaines complications; le gâtisme ne tarde pas à s'amender, parfois à disparaître chaque fois qu'il dépend de l'intensité du délire, pour peu que les gardiens soient attentifs; les hallucinations qui se produisent facilement sous l'influence de l'épuisement cérébral, sont moins fréquentes; l'insomnie est moins tenace.

L'alitement présente cependant quelques écueils. Il provoque parfois la constipation, et, presque toujours, si on le prolonge trop longtemps, un certain degré d'anémie, dû, sans doute, malgré les précautions que l'on prend, au défaut d'oxygénation (aération des salles). Aussi convient-il, quand le traitement se prolonge, de faire lever les malades dans la journée, et de les faire promener au grand air pendant quelques heures. Quant à la constipation, il est facile d'y obvier par les moyens appropriés.

En somme, ces défectuosités sont bien peu de chose en regard des avantages obtenus.

Il en est d'autres aussi, d'ordre plus particulièrement économique, et que nous devons signaler : l'alitement, en effet, facilite la surveillance et les soins à donner, il rend moins coûteux l'entretien des malades (destruction moins grande du mobilier, des vêtements, etc.); il simplifie enfin le type de l'asile.

Dans certains asiles allemands cette méthode est appliquée, en effet, à tous les malades que le délire ou l'affaiblissement des forces physiques ou mentales empêchent de se livrer à une occupation. L'établissement ne comprend plus dès lors que deux grandes catégories de pensionnaires : les alités,

couchés dans des salles semblables à celles d'un hôpital, et les travailleurs, disséminés dans les ateliers, les champs, les jardins, la buanderie, en un mot dans les divers services de l'établissement. Dans ces conditions, celui-ci prend un aspect tout différent de nos asiles, devient un hôpital et une colonie, sans murs, sans saut de loup, sans quartiers cellulaires, en un mot un véritable asile aux portes ouvertes, hospitalisant l'aliéné considéré de plus en plus comme un malade ordinaire.

Mais en outre de ces deux divisions, il nous semble qu'il devrait y avoir des quartiers spéciaux, pour un certain nombre d'aliénés chroniques dont l'état mental ne réclame pas l'alitement et que le caractère du délire empêche également d'envoyer dans les ateliers ou dans la ferme.

Que dire maintenant du traitement moral ? Il n'est que l'envers des procédés que nous venons d'indiquer et le corollaire naturel du non-restreint. Nous ne parlerons pas des auteurs qui ont jugé nécessaire d'agir sur l'esprit du malade par la crainte ou par la terreur : ces procédés ne doivent plus appartenir qu'à l'histoire, et l'on ne doit jamais oublier que l'aliéné est un malade. Quant à codifier le traitement psychique, il n'y faut pas songer. C'est affaire au médecin de puiser dans son esprit, dans son cœur, dans son expérience, les moyens moraux qui conviennent à chacun des malades. A ce point de vue, on peut dire avec Krafft Ebing que la matière médicale est inépuisable. C'est surtout en consolant ses malades sans les blâmer, en s'intéressant à leur sort d'une façon bienveillante et sincère, en leur montrant qu'il compatit à leur douleur, que l'aliéniste pourra inspirer la confiance, première condition du succès en pareille matière.

On comprend combien il est nécessaire, avant de rien tenter, de connaître non seulement la maladie, mais le caractère, les habitudes, l'éducation, l'état social du sujet. Tous ces éléments éclaireront le médecin, ils lui permettront de s'adresser au patient d'une manière appropriée à ses sen-

timents et à son intelligence, d'adapter à sa condition le milieu dans lequel il le placera, le travail qu'il lui confiera, le genre de distraction qu'il pourra lui permettre. Et à ce point de vue, les grands asiles, avec leur bibliothèque, leurs ateliers, leurs jardins, leurs services généraux, présentent des ressources exceptionnellement avantageuses pour agir efficacement sur les esprits. Le travail qui attire l'attention et détourne des conceptions maladives, est encore le meilleur adjuvant des sages conseils, et des amicales persuasions.

On a vanté l'emploi de la suggestion hypnotique. Mais les faits rapportés jusqu'ici sont si peu probants et si peu précis qu'on ne peut formuler à ce sujet que d'expresses réserves; d'autant que ce moyen n'est pas sans danger chez certains aliénés, et que dans l'hystérie elle-même, s'il amende quelques accidents, il ne guérit pas la névrose.

3° Les médications adjuvantes.

La mise en tutelle d'un sujet dans un milieu spécial, le non-restreint absolu, l'alitement pour les psychoses aiguës ou les épisodes aigus des états chroniqueë, l'*open door* et la colonisation familiale pour la convalescence et la chronicité : telles sont les mesures générales que réclame le traitement de la folie. Tout un ensemble de moyens adjuvants, hygiéniques, physiques et pharmaceutiques vient ajouter son action à celle de ces procédés.

L'hygiène générale de la folie se compose des règles habituelles de l'hygiène concernant les vêtements, l'habitation, le coucher, l'alimentation, etc. La question du vêtement, intéressante seulement pour les sujets atteints de psychoses aiguës, est résolue par l'organisation du non-restreint et de l'alitement. Il en est de même pour la question de l'habitation : nous n'avons pas à décrire ici les règles qui présideraient à la construction et à l'aménagement de l'asile tel que nous l'avons conçu, encore moins celles qui ont présidé à la construction des asiles actuels. Rappelons seulement que l'adop-

tion de l'alitement simplifie singulièrement cette question, car elle la réduit à celle des constructions hospitalières ordinaires. L'alimentation doit être en général saine, tonique et réparatrice : les excitants et surtout les boissons fermentées et distillées doivent en être proscrits. Le régime d'ailleurs varie avec chaque sujet et chaque espèce nosologique, et nous ne saurions mieux faire que de renvoyer pour ces applications spéciales à chacun des articles de ce traité.

A cette question de l'alimentation, se rattache celle du refus de nourriture, en face duquel on est parfois obligé d'intervenir d'une façon active, en pratiquant l'alimentation forcée. En raison de son importance et de sa généralité, nous la reprendrons dans un instant, et nous décrirons à ce propos le manuel opératoire du cathétérisme œsophagien. Le coucher enfin ne présente rien de particulier, si ce n'est chez les gâteux dont l'état réclame des soins spéciaux de propreté, sur lesquels nous aurons aussi à revenir.

Les moyens adjuvants physiques comprennent l'hydrothérapie, le massage, l'électricité, la révulsion. Quant aux moyens pharmaceutiques, ils englobent la matière médicale à peu près tout entière. Nous ne pouvons faire ici une revue même sommaire des applications de ces divers procédés à la thérapeutique mentale; aussi bien varient-elles avec chaque type de folie et chaque individu réagissant, et nous les retrouverons avec leurs indications particulières, à propos de chacune des formes de folie.

Il est cependant un certain nombre de phénomènes généraux : l'excitation, l'insomnie, l'angoisse, etc., dont il serait sans doute utile d'étudier ici le traitement. Mais ce traitement ne peut être bien compris, qu'en rattachant le syndrome à chacune des affections qu'il exprime, et ce serait s'exposer à d'inutiles redites, que d'esquisser même cette séméiologie thérapeutique. (Voir les articles spéciaux.)

Il ne nous reste ainsi à étudier que les deux symptômes que nous avons retenus plus haut : le gâtisme et le refus de nourriture.

A. — L'incontinence des matières réclame un traitement qui varie avec ses causes. Lorsqu'elle est sous la dépendance de lésions encéphalo-médullaires et qu'elle résulte par suite d'une paralysie des sphincters, on a conseillé l'emploi de la strychnine qui augmente le tonus réflexe. Il est bien difficile cependant d'y remédier autrement que par des moyens diététiques : on surveille l'alimentation ; on présente les malades à la garde-robe à des heures déterminées et régulières ; on les fait coucher sur une toile en caoutchouc à laquelle est adapté un tube central emmenant les liquides : pour les hommes l'installation d'un urinal à demeure rend des services. On se sert aussi de tourbe, de paille, de varech, et surtout d'alèzes que l'on remplace aussitôt qu'elles sont souillées. Les eschares peuvent être évitées grâce à des soins de propreté minutieux : on veille à empêcher le contact de l'urine et des matières avec le siège des malades ; on varie fréquemment la position de ceux-ci dans leur lit pour empêcher une pression prolongée au niveau des mêmes points, on se sert au besoin d'un coussin à air ; dans la journée on les tient de temps à autre hors du lit. Si, malgré ces précautions, la peau s'entame on fait usage de solutions antiseptiques faibles (eau boriquée par exemple).

Les mêmes précautions générales doivent être prises pour les autres aliénés gâteux, qu'ils gâtent (les stupides) parce que leur conscience est engourdie, ou (les maniaques) parce que leur attention dissociée sans cesse ignore les appels de la sensibilité vésicale ou rectale, ou (les mélancoliques) parce que leur pensée concentrée sur un point est sourde aux excitations organiques, ou (certains hallucinés) parce qu'ils sont terrifiés, ou (certains délirants systématiques) dans un but en rapport avec leurs conceptions délirantes, etc. Dans tous ces cas, le seul traitement efficace du gâtisme est le traitement de l'affection causale. Disons cependant que le défaut de surveillance inhérent à l'abus de l'isolement cellulaire et à la réunion de malades différents et nombreux dans un même endroit est une des causes de la perpétuité d'un tel état, et

que la méthode de l'alitement, en faisant disparaître cette cause, diminue du même coup le gâtisme dans les états aigus d'aliénation.

B. — Le *refus de nourriture* chez l'aliéné est habituellement sous la dépendance des troubles psychiques (conceptions délirantes, hallucinations, etc.), et comme il amène assez rapidement des troubles de la nutrition, la première indication à remplir en face d'un malade qui refuse de se nourrir c'est de l'aliter, aussi bien pour retarder la dénutrition que pour amener une sédation mentale. L'exemple et la persuasion réussissent parfois à vaincre les résistances ; l'emploi des lavements nutritifs, l'ingestion des liquides par une brèche dentaire, etc., permettent aussi de temporiser. Mais dès qu'on s'aperçoit que l'état général faiblit, il faut absolument recourir au *cathétérisme œsophagien.*

Le malade est couché, la tête surélevée, pour éviter le reflux des substances alimentaires dans les voies aériennes; il est maintenu par un nombre d'aides suffisant. Le médecin placé à la droite du lit, la main gauche légèrement appuyée sur les yeux du malade, introduit dans la narine choisie le bout d'une sonde molle, qui a séjourné quelques heures dans un liquide antiseptique faible (eau boriquée par exemple); il pousse ensuite avec douceur en appuyant sur le plancher des fosses nasales, et s'arrête chaque fois qu'il éprouve une résistance pour ne pas blesser le cornet. Après avoir franchi la narine et l'arrière-cavité des fosses nasales, la sonde peut venir buter sur la base de la langue, lorsque le malade applique fortement celle-ci contre la paroi postérieure du pharynx : elle pénètre ainsi dans la cavité buccale ou elle se recourbe. On évite assez facilement cet accident en injectant dans la sonde, dès qu'elle arrive au contact du pharynx, une petite quantité de liquide. Le réflexe de la déglutition se produit ; la sonde poussée au même instant par l'opérateur franchit l'obstacle et se trouve en quelque sorte happée par l'œsophage, où il ne reste plus qu'à l'enfoncer. Malheureusement à ce moment même, elle peut s'engager aussi dans les

voies aériennes; la cyanose faciale, la toux, la dyspnée en résultent aussitôt. Mais chez certains aliénés stupides, anesthésiés, la réaction est à peine marquée et chez certaines autres hyperesthésies, il suffit au contraire que la sonde même engagée dans l'œsophage, entre en contact avec la face postérieure du larynx pour que ces phénomènes se produisent. On a donc cherché d'autres signes. Parmi les nombreux moyens signalés pour reconnaître en quel endroit se trouve la sonde, il en est deux dont on ne doit jamais oublier de faire successivement usage : *a*) on plonge le pavillon de la sonde dans un verre d'eau; s'il n'en sort que quelques bulles gazeuses, au moment de l'expiration, c'est que la sonde a pénétré dans l'estomac; lorsque au contraire elle est dans la trachée, il se produit un véritable courant d'air à la fois expiratoire et inspiratoire; *b*) on injecte quelques centimètres cubes d'eau dans la sonde; si celle-ci est dans la trachée, l'eau est rejetée aussitôt dans des efforts d'expiration, et on entend en même temps quelques râles trachéaux.

Ces difficultés et ces accidents du cathétérisme œsophagien par les narines sont complètement évités lorsqu'on peut pénétrer directement dans l'œsophage par la bouche; en déprimant la base de la langue avec l'index de la main gauche, on fait sûrement glisser la sonde dans l'œsophage; de plus, on peut employer un tube de gros diamètre, l'appareil Faucher-Debove par exemple, ce qui permet d'introduire une alimentation plus substantielle, de faire facilement le lavage de l'estomac, et de parer enfin aux accidents de la régurgitation. Il faut compter, il est vrai, avec le mauvais vouloir des aliénés; mais, en s'aidant d'un personnel suffisant, et grâce à quelques manœuvres sagement mesurées, on parvient généralement à mener à bien l'opération (introduction entre les arcades dentaires d'un bouchon, d'un tampon de linge, d'un cône en bois à pas de vis, de la bouche en argent de Billod qui serait un appareil commode si son application n'était pas difficile).

On procède alors avec mesure et lenteur à l'introduction

des aliments (lait, œufs, viande râpée, jus de viande, substances médicamenteuses, etc.) qui doivent être tièdes et avoir été passés à travers un tamis pour qu'aucune particule solide n'obture la sonde. Lorsque enfin l'irrigateur est sur le point de se vider, on ferme le robinet et l'on retire la sonde après l'avoir fortement pincée entre les doigts au-dessous du pavillon, pour empêcher le liquide qui y resterait de s'en échapper, Nous appelons l'attention sur cette dernière précaution, trop souvent négligée, et cependant d'une très grande importance, les liquides alimentaires pouvant pénétrer dans les voies aériennes et y produire de sérieuses lésions. Dès que la sonde est retirée, on met vivement le malade sur son séant ou encore mieux on le fait marcher pour éviter la régurgitation.

C. — TRAITEMENT DE LA DÉGÉNÉRESCENCE. PROPHYLAXIE DE LA FOLIE

L'état de déchéance fixée et immuable des centres nerveux, résumé dans le mot « dégénérescence », échappe par sa définition même à l'action directe de la thérapeutique. Le devoir du médecin n'en est cependant ni moins impérieux, ni moins grand, car il lui appartient de protéger le déchu contre les effets de sa tare, et d'enrayer le mouvement qui la propage dans l'espèce.

Nous allons étudier rapidement cette double intervention médicale qui règle d'une part l'hygiène personnelle du dégénéré, et qui, s'étendant à la collectivité, établit, d'autre part, une hygiène sociale. Ces deux aspects de l'action thérapeutique constituent en dernière analyse la *prophylaxie* de la dégénérescence, et, d'une façon générale, celle de la folie.

1° Hygiène individuelle.

Cette hygiène doit commencer dès l'enfance. L'éducation et l'instruction méthodiquement ordonnées communiquent aux dégénérés juvéniles un degré de résistance cérébrale que

ne fait qu'accentuer la vigueur physique, résultant d'une diététique judicieuse (nourriture vigoureuse, mais non excitante, exercices de corps, hydrothérapie) et du traitement des manifestations diathésiques si fréquentes chez eux (herpétisme, arthritisme, etc.). Leur dressage psycho-moral constitue la partie importante de ce traitement. (Pour l'idiotie et l'imbécillité, voir l'article consacré à ces degrés inférieurs de la dégénérescence.) Il consiste à refréner les exagérations déjà morbides, à suppléer aux lacunes intellectuelles, à développer sagement les aptitudes; il suppose une analyse exacte et complète du caractère et de l'émotivité de chaque sujet; il est donc essentiellement variable. Nous ne pouvons entrer dans le détail de toutes les situations à traiter. Disons cependant qu'en règle générale, on doit soumettre de bonne heure ces enfants à une discipline à la fois ferme et bienveillante, leur inculquer les sentiments du juste, du vrai, du bien, à la faveur des encouragements et de l'exemple ; surtout réprimer leurs états passionnels et leur apprendre enfin à vouloir et à se déterminer avec calme et réflexion. Beaucoup d'entre eux, en vertu de leur déséquilibration, de leur défaut de jugement, sont portés à accepter sans examen les opinions extrêmes; ces esprits émotifs ne sont conséquents ni dans ce qui les agite, ni dans ce qui les calme; leur conscience s'embarrasse de riens, s'inquiète de futilités; ils deviennent scrupuleux, mystiques, hypochondriaques, etc. Aussi doit-on les détourner des pratiques religieuses exagérées, si proches du mysticisme, se garder de ces minuties, de ces caresses intempestives qui les poussent à ne se préoccuper que d'eux-mêmes, éloigner d'eux toutes les occupations et tous les sujets capables d'exalter leur vive impressionnabilité (lectures, conversations, etc.). L'instinct génital se développe parfois chez eux avec une précocité anormale, d'où cette indication nouvelle d'écarter soigneusement tout ce qui peut permettre, aussi bien physiquement que psychiquement, l'éclosion trop rapide des tendances sexuelles.

Le milieu familial, qui devrait être, en l'espèce, sous la

direction du médecin, le souverain éducateur, n'est que trop souvent composé d'être bizarres, hypochondriaques, mystiques, etc. ; il faut alors soustraire l'enfant à ce foyer d'excitation maladive, et, comme la vie de collège présente encore pour lui de sérieux inconvénients, il faut autant que possible le confier à un précepteur.

Arrivent la puberté, la grossesse, l'accouchement, et l'attention du médecin doit redoubler pour maintenir les dégénérés dans une atmosphère de calme cérébral, à la fois par les médications susceptibles de modérer leur irritabilité nerveuse et par une hygiène psycho-physique plus étroite encore.

A l'âge enfin où ils sont appelés à prendre une part active à la vie sociale, où les soucis d'affaires, les chagrins domestiques, les préoccupations et les émotions de tout ordre vont s'abattre sur eux, on doit leur ménager des occupations où leurs lacunes puissent être moins sensibles, leurs facultés natives plus convenablement s'adapter, leurs sentiments émotifs entrer rarement en jeu. C'est affaire au médecin, et aux personnes de la famille prudentes et bien équilibrées, de trouver à chaque sujet le métier qui lui convient, et de lui imposer autant que possible une autorité bienveillante qui, sans provoquer de réactions, refrène et gouverne une direction désordonnée. Il n'est guère besoin d'ajouter que cette hygiène cérébrale comprendra la proscription de tous les excès, particulièrement sexuels et alcooliques, et la pratique d'une vie bien réglée ; elle se préoccupera de plus de l'état des autres organes, qui doivent être maintenus, autant que possible, en équilibre fonctionnel (système digestif, cardiaque, etc.). Les influences réciproques du physique et du moral doivent être ici minutieusement calculées.

Malgré ces précautions, le déséquilibré échappe rarement à quelque paroxysme ; sous la poussée irréductible d'influences pernicieuses, son état mental perd l'équilibre. La question de l'internement se pose alors. Nous en avons déjà longuement parlé ; nous avons dit que les obsédés et les im-

pulsifs ne trouvaient qu'à l'asile les secours moraux et physiques dont ils ont besoin. Quant aux dégénérés en état de délire, la nécessité de leur internement s'impose : c'est à l'asile seulement qu'ils pourront parfois reprendre l'équilibre, et, s'ils tendent à l'incurabilité, trouver une direction et une protection continuelles. Il faudrait aussi pouvoir interner le déséquilibré qui, arrivant à un moment où il va se nuire à lui-même ou nuire aux autres, sent le besoin de se faire soigner. On ne peut qu'appeler de tous ses vœux le nouveau dispositif légal en vertu duquel un malade pourra venir spontanément à l'asile. Il est incontestable que beaucoup de déséquilibrés simples se retrempent dans un milieu tranquille où l'existence est régulière, et qu'ils sortent au bout de quelques semaines aptes à recommencer la lutte. On ne saurait même trop conseiller à ces sujets de venir périodiquement à la maison de santé. Beaucoup de nos malades à qui cette pratique a été enseignée évitent ainsi des paroxysmes certains. L'hydrothérapie, les sédatifs, les bons conseils et surtout la privation des soucis ordinaires de la vie, font seuls les frais de leur rétablissement.

2° Hygiène sociale.

Traiter individuellement le dégénéré, le protéger contre lui-même, c'est déjà éviter bien des dangers pour le milieu social. Mais peut-on faire plus? Peut-on, par exemple, enrayer la marche de ce processus désorganisateur dans le temps et dans l'espace, obtenir la régénérescence du type dégénéré, s'opposer à sa propagation, supprimer les facteurs sociaux qui le produisent. Il y a là toute une série de problèmes qui intéressent au plus haut point l'avenir des races, et que le médecin seul peut résoudre, car il est seul en mesure d'indiquer le mal et les moyens d'y remédier.

Le dégénéré est-il fatalement perdu pour l'espèce?

Morel pensait qu'une régénérescence est possible. « La transmission héréditaire, dit-il, peut être enrayée dans sa

marche progressive en raison de différentes circonstances. L'heureuse modification apportée dans le sang par un mariage qui exclut de la part d'un des conjoints l'élément de la consanguinité ou de tout autre principe héréditaire de mauvaise nature, n'est pas une des causes les moins importantes de la régénération de l'espèce. Dans ce cas, l'évolution héréditaire peut être arrêtée dans son développement et s'effacer à la longue. Quoi qu'il en soit, l'observation intime des faits m'a démontré que l'élimination des phénomènes d'hérédité maladive ne se fait jamais d'une manière subite. Il y a progression dans le sens du bien comme dans le sens du mal. »

Bien que la thèse de Morel n'ait pas encore été scientifiquement démontrée, elle est au moins vraisemblable. Il importe donc que le médecin s'oppose à toute union entre dégénérés et consanguins dégénérés; ce serait autoriser la reproduction certaine de types plus défectueux. Mais ne doit-il pas aller plus loin et déconseiller le mariage? En principe, il ne saurait l'approuver, surtout si une lourde hérédité pèse sur le sujet, et si celui-ci présente à l'état habituel les stigmates de la dégénérescence. Mais si l'autre conjoint est indemne de toute tare et jouit à la fois d'une bonne santé physique et d'un parfait équilibre mental, si le dégénéré en cause a atteint une maturité et une vigueur physiques qui puissent lui permettre de mieux supporter les effets naturels du mariage (grossesse, accouchement, etc.), la contre-indication n'est pas formelle : au médecin d'apprécier chaque cas avec conscience.

Quel que soit l'avenir des types dégénérés qu'une union favorable semble disposer à la régénérescence, il est incontestable qu'à la société seule appartient l'emploi des moyens de guérir la dégénérescence en l'évitant et en s'opposant à sa propagation. Il suffit, en effet, de rappeler les principales causes de la dégénérescence, pour comprendre qu'elles sont à peu près toutes d'ordre spécial. L'inégalité des conditions créée par les besoins intenses de la lutte pour la vie, la misère, l'alcoolisme, le surmenage, l'insalubrité des professions, les agglomérations urbaines, la sophistication des produits ali-

mentaires, les maladies épidémiques et contagieuses, etc., sont autant de maux qu'il appartient à la société sinon de supprimer complètement, tout au moins d'atténuer.

Telles sont les grandes questions sociales dont l'étude se rattache à la thérapeutique générale de la folie, et qu'il était nécessaire sinon de développer, du moins d'indiquer ici. Car la dégénérescence, et nous pouvons le dire, la folie, est plus qu'une maladie individuelle ; elle est aussi un mal et un péril sociaux, auxquels il importe d'opposer une hygiène et des moyens curateurs sociaux.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE LA PARANOIA AIGUE OU DÉLIRE SYSTÉMATISÉ AIGU

PAR

PH. CHASLIN

Médecin-suppléant de l'hospice de Bicêtre.

I

Considérations générales.

Je ne veux pas entrer dans de longues considérations théoriques sur la question de la paranoia en général et de l'aiguë en particulier, considérations que l'état incertain de nos connaissances en aliénation mentale rend fort hypothétiques et assez inutiles au point de vue pratique du traitement. J'indiquerai seulement ce qui est indispensable pour la compréhension de celui-ci. La folie systématique chronique, qui est le type de la paranoia, est un « état psychopathique fonctionnel, caractérisé par une déviation particulière des fonctions intellectuelles les plus élevées, n'impliquant ni une décadence profonde ni un désordre général, s'accompagnant presque toujours d'idées délirantes plus ou moins systématisées et permanentes avec hallucinations fréquentes[1]. » Ce délire, primitif, c'est-à-dire indépendant d'une perturbation intense du ton émotionnel comme dans la mélancolie vraie,

1. Séglas. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1895, p. 384.

reflète le caractère même de l'aliéné, mettant en évidence pathologique une tournure d'esprit particulière, dans laquelle entre généralement une « autophilie » extraordinaire. Lorsqu'il y a des hallucinations, celles-ci créées pour ainsi dire par le malade lui-même, ainsi que j'ai tenté de le montrer ailleurs[1], sont au début dans une étroite dépendance des idées délirantes; il y a même, je crois, souvent un rapport étroit entre la couleur et la nuance de ces idées délirantes et le sens qu'affectent une grande partie des hallucinations, qui peuvent même, si la perturbation intellectuelle est d'un certain ordre, manquer complètement. Les plus fréquentes de ces folies systématiques sont celles de persécution qui ont été si bien décrites dans notre pays, à commencer par Leuret dans son paragraphe sur les « arrangeurs », par Lasègue (le véritable créateur), Legrand du Saulle, Morel, Foville, Falret, etc. Parmi ces folies dites délires de persécution, il y a des formes très systématisées avec hallucinations surtout de l'ouïe, qui offrent une évolution assez régulière, indiquée d'abord par Falret[2] et si bien exposée par Ritti dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*[3], et d'autres très peu systématisées, moins complexes, avec ou sans hallucinations, et, entre les deux extrêmes, tous les intermédiaires possibles.

Nous connaissons fort mal encore les folies aiguës. En dehors de la manie et de la mélancolie, on peut mettre à part comme distincts la confusion mentale primitive idiopathique et le délire hallucinatoire non symptomatique d'une intoxication ou d'une névrose, quoique ce dernier soit encore peu étudié; enfin, sans parler d'autres formes qui ne rentrent pas dans mon sujet, on peut rencontrer chez différents individus

1. Ph. Chaslin. — Contribution à l'étude des rapports du délire avec les hallucinations, *Annales médico-psychologiques*, t. XII, juillet 1890.

2. Voir sur ce point une communication de Falret à la Société médico-psychologique, *Annales médico-psychologiques*, juillet-août 1896, p. 90.

3. Ritti. — Délire des persécutions *in Diction. encyclop.*

C'est cette même forme que Magnan a décrite ensuite sous le nom de délire chronique en la séparant complètement des autres délires systématisés; comme on le voit, avec l'immense majorité des auteurs et contrairement à Magnan, je ne fais pas de distinction aussi tranchée entre ces folies.

des états de folie tout à fait analogues à la paranoia chronique, mais qui n'en sont pour ainsi dire que le raccourci, c'est là la *paranoia aiguë :* les idées délirantes reflètent ici aussi les tendances ordinaires du patient; elles offrent un ensemble d'une systématisation évidente quoique inférieure à celle de la paranoia chronique (surtout celle à périodes caractérisées); l'autophilie est ordinairement très marquée, enfin, comme le dit Schüle[1], lorsque les hallucinations prédominent, elles sont les représentants des idées délirantes. Le trouble mental ayant une allure plus tumultueuse que dans la paranoia chronique, il peut se faire qu'il y ait tendance à un désordre général de l'intelligence, comme cela a d'ailleurs aussi lieu à certains moments d'exacerbation de la folie systématisée chronique. On considère généralement les folies systématiques chroniques comme étant une déviation devenue pathologiquement évidente d'un état congénitalement anormal; cette manière de voir est certainement vraie pour une part de ces folies, surtout pour celle qui est le mieux systématisée; mais il est possible d'ailleurs que pour une autre part cet état constitutionnel pathologique soit acquis[2]. Pour la paranoia aiguë, on admet généralement que c'est l'efflorescence momentanée d'un état caché, la révélation tumultueuse et passagère d'un état normal préexistant non très apparent[3]. Quant au mécanisme qui préside à son apparition, quant à la modification pathologique somatique sous l'influence de laquelle apparaît le délire, nous n'en avons aucune idée malgré les tentatives d'explication récentes, par exemple, celles de Friedmann[4], et il *semble* jusqu'à présent que les causes apparentes, quand on peut les découvrir, ne jouent qu'un rôle essentiellement banal d' « agent provocateur ». J'ajoute que les malades atteints de paranoia aiguë ou chronique ont souvent dans leur

1. Schüle. — Zur Paranoia — *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie,* Bd L, 1893.

2. Par exemple, le délire de jalousie des buveurs.

3. Je laisse de côté, comme appartenant aux folies toxiques, le délire de persécution si spécial de la cocaïnomanie.

4. Friedmann. — Zur Kenntniss und zum Verständniss milder und kurz verlaufender Wahnformen, *Neurologisches Centralblatt,* 1895, n° 10, p. 448.

famille des parents aliénés ou nerveux et qu'ils sont souvent porteurs de stigmates dits de dégénérescence. J'ajoute aussi qu'il ne faudrait pas se contenter de dire que ce sont des dégénérés pour croire avoir donné une explication de cette paranoia aiguë; car, d'une part, le mot de dégénéré ou de dégénérescence est entendu par les différents auteurs dans des sens différents, et, d'autre part, si l'on veut, étendant encore l'idée de Morel et de Moreau de Tours, considérer la dégénérescence dans toute son ampleur, cette ampleur est telle qu'elle embrasse la plus grande partie des troubles pathologiques. La notion de dégénérescence ainsi entendue est précieuse, d'une grande importance, mais elle ne suffit pas et il faut aller plus loin. Pour ce qui touche la paranoia chronique ou délire systématisé chronique, on admet généralement que cette dégénérescence représente un trouble de l'évolution somatique encore inconnu, mais qui se révèle peu à peu psychiquement sous forme de folie systématisée. Pour le délire systématisé aigu, ce trouble évolutif ne se révélerait que d'une façon aiguë, mais comment et sous quelles influences extérieures, nous ne le savons pas; bien que l'on tende à admettre, comme je l'ai dit plus haut, que les causes extérieures ne jouent qu'un rôle accessoire. Ces folies seraient donc d'ordre *endogène*, suivant l'expression de Sommer.

Au point de vue symptomatologique, on peut distinguer les cas non hallucinatoires et les hallucinatoires. Après une période de préparation, le délire s'installe, avec ou sans hallucination, formant un système plus ou moins cohérent, où entrent à doses variables ou d'une façon exclusive, suivant les sujets, les idées de persécution, de grandeur, d'auto-accusation[1], hypochondriaques, religieuses, érotiques, etc., amenant des réactions, de l'excitation ou de la dépression d'intensité va-

1. Je rappelle qu'aucune espèce d'idée délirante n'est pathognomonique d'une forme d'affection mentale; il y a des paranoias où se trouvent des idées d'auto-accusation, qui ne sont pas du tout de la mélancolie, comme l'a bien montré Séglas; il faut avoir soin avant toutes choses de faire une séméiologie exacte.

riable, mais laissant le plus souvent, d'après les auteurs, la santé corporelle intacte. La guérison est quelquefois brusque, pour ainsi dire instantanée; la durée très variable. Le pronostic est très difficile à poser, car nous n'avons que fort peu d'éléments qui puissent nous permettre d'affirmer la chronicité, l'acuité ou la terminaison dans la démence de tel cas donné.

Paranoia aiguë par contagion. — Sans entrer dans toute l'histoire de la folie communiquée, je rappelle qu'il y a des délires systématisés qui naissent par contagion. Leur traitement se confond avec celui de la paranoia aiguë en général, pourtant avec une indication formelle de plus, comme je le dirai plus bas, à savoir l'isolement.

II

Traitement.

En face de notre ignorance sur ce qu'est au fond la paranoia aiguë (car, constater que cette paranoia aiguë reflète avec une exagération pathologique le caractère antérieur de l'aliéné n'est pas une explication mais seulement un fait), le médecin est bien désarmé ; il ne peut que faire un traitement purement symptomatique qui peut-être ne joue qu'un faible rôle dans la guérison.

A. — *Mesures de sécurité.* — La première chose à faire est de savoir s'il faut placer le patient dans une maison de santé privée ou publique; c'est une mesure de *sécurité* qui a néanmoins un côté thérapeutique, le changement de milieu et l'isolement. Cette *séquestration* qui exige un certificat médical ne peut être ordonnée que si le malade est manifestement dangereux pour lui-même ou les autres; que cette séquestration ait été effectuée ou non, c'est-à-dire que le médecin donne ses soins à l'aliéné dans un asile ou non, les *autres mesures de sécurité*, la *surveillance* continue de jour et de nuit s'imposent, car l'on doit prévoir et prévenir les réac-

tions, les tentatives de *violence*, d'*homicide* ou de *suicide*.

Mais il faut envisager, maintenant, le traitement en lui-même, quoique la séquestration, comme je l'ai dit déjà, renferme un élément thérapeutique d'isolement, et l'on peut diviser ce traitement en traitement physique et en traitement moral.

B. — *Traitement physique*. — Les idées délirantes et les hallucinations peuvent provoquer des *réactions générales d'excitation* ou de *dépression*. Il faut bien savoir que des moyens tels que des *bains tièdes prolongés* dans le cas d'excitation ou les *médicaments*, outre que l'action de ceux-ci est le plus souvent inefficace, offrent parfois des inconvénients, car leur usage peut être interprété par le malade, dans le sens de son délire, de telle sorte qu'on ne fait trop souvent qu'entretenir les idées délirantes, point de départ de l'excitation. Si on veut administrer *chloral*, *bromures*, *sulfonal* ou *opium*, ce qui peut aussi être utile contre l'*insomnie*, il faut quelquefois donner ces médicaments dissimulés dans le vin. Cependant ces moyens peuvent réussir, de même que la mise en cellule (qui est aussi du traitement moral), cela dépend souvent de la direction du délire lui-même et de l'intensité de l'excitation. Ces idées délirantes ou les hallucinations peuvent aussi amener au contraire une *dépression* allant jusqu'à prendre l'aspect de la *stupeur* avec *mutisme*, quelquefois aussi obstiné que dans la mélancolie, et il peut se faire qu'il y ait *refus d'aliments*. On devra alors avoir recours à la *sonde œsophagienne*. Ce refus des aliments peut aussi avoir lieu simplement sous l'influence du délire (mystique, idées d'empoisonnement, etc). Il ne servirait à rien d'user de brusquerie ; on devra laisser à la portée du patient des mets qu'il prendra peut-être en cachette ; ces subterfuges et d'autres qui ressortissent plutôt du traitement moral seront inventés suivant les particularités de chaque cas.

Les *mesures d'hygiène* sont les mesures ordinaires concernant l'aération, la nourriture, la propreté, etc. ; en général la santé physique est bonne et n'offre pas d'indications par-

ticulières. Quant aux idées délirantes et aux hallucinations, il n'y a guère à agir directement contre elles : même si les hallucinations, comme il arrive quelquefois, lorsque le début de la paranoia aiguë est très tumultueux, amènent un état de *confusion mentale secondaire*[1]. Ziehen conseille l'opium contre les hallucinations, je ne sais si vraiment dans la *paranoia aiguë* il peut avoir quelque efficacité. On a conseillé aussi le bromure de potassium, l'électricité.

C. — *Traitement moral.* — Il n'y a pas grand'chose à tenter pendant l'acmé de la paranoia aiguë contre les idées délirantes ou les hallucinations au point de vue du *traitement moral*, car celles-ci sont généralement[2] accompagnées d'une conviction, d'une croyance entière, absolue en leur réalité ; tout comme dans la paranoia chronique, les idées délirantes et les hallucinations se présentent à l'esprit du patient avec une évidence irrésistible, une brutalité de fait indéniable. Ce qu'il y a de mieux à faire est de laisser le malade tranquille, sans discuter avec lui, sans même s'en occuper directement, car toute contradiction est malaisément supportée et amène des réactions violentes, des accès de colère, etc. Mais il est le plus souvent indiqué dès le début de faire l'*isolement;* c'est la première indication à remplir quand il s'agit de délire systématisé par contagion. L'isolement a pour but de soustraire le malade au contact des personnes qui vivent avec lui ; il peut être pratiqué au domicile même, ou dans un autre endroit, appartement, maison de campagne, maison d'hydrothérapie, ou enfin maison de santé spéciale privée ou publique, il s'accompagne dans ces dernières formes d'un *changement de milieu*[3]. D'une façon générale, cet isolement plus ou moins

1. Voyez le passage sur la confusion mentale secondaire *in* Chaslin. La Confusion mentale primitive. Paris, 1895, p. 163.

2. Chez les débiles, les bouffées d'idées délirantes, souvent de grandeur, sont parfois assez peu systématisées et assez peu consistantes même pendant la période d'état. Dans lès paranoia par contagion on peut essayer bien plutôt d'agir sur l'esprit du patient.

3. Nos asiles ne sont nullement installés pour soigner les aliénés aigus. Après avoir donné l'exemple à l'Europe, nous sommes maintenant prodigieusement en retard sur ce qui se fait à l'étranger.

complet et ce changement de milieu peuvent avoir de bons effets, par exemple surtout si le malade persécuté fait rentrer son entourage dans le cercle de ses idées délirantes. Même rien que l'isolement avec le calme et le repos qui en sont la conséquence réussit. On le constate bien lorsque, à l'intérieur d'un asile (premier degré de changement), on pratique la mise en *cellule* (isolement complet) [1]; cela suffit parfois pour modérer l'excitation du patient et amener un certain calme dans son esprit. A cela se borne le traitement moral pendant la période la plus aiguë.

C'est à partir du moment où les idées délirantes ou les hallucinations commencent à être moins impérieuses que le médecin peut et doit intervenir. Ce moment est marqué par ce fait que le patient accepte la discussion; il souffre que l'on mette en doute ses affirmations délirantes. C'est alors que le traitement moral reprend ses droits (et même alors aussi le traitement physique, dont j'ai indiqué plus haut les éléments paraît amener plus vite l'amélioration): il consiste à faire comprendre au malade que ses idées sont erronées. Sans discuter longuement avec lui, le médecin lui fait sentir qu'il ne croit pas un mot de tout ce que le patient lui raconte; mais la façon de le faire sentir et de le dire est une affaire de tact, de fermeté et de bienveillance tout à la fois. Il faut que le malade comprenne qu'il est en présence d'un homme bien disposé à son égard, puisque cet homme est médecin, mais sans faiblesse pour ses écarts d'imagination. L'autorité du médecin et la discipline qu'il impose ont une action considérable: le jour où le malade s'aperçoit que ses idées sont erronées, qu'il pourrait bien avoir été malade, un grand pas a été fait vers la guérison. Je ne saurais trop insister sur l'importance du tact médical pour aider à ce travail spontané qui se fait dans l'esprit du malade, mais, s'il y faut de la fermeté, il n'y faut pas de violence, nous ne sommes plus au temps où Leuret croyait obtenir par la crainte un abandon par l'aliéné du

1. Avec surveillance constante.

système délirant ; il n'obtenait d'ailleurs que le mensonge et la dissimulation pour un moment[1].

D. — *Prophylaxie.* — Il est impossible de prévoir si tel individu donné deviendra aliéné et par suite de prendre des précautions contre la venue possible de la folie[2]. Cependant, d'une façon générale, les individus à hérédité chargée ou chez qui on a pu découvrir des signes de caractère un peu anormal doivent théoriquement mener une vie calme, peu intellectuelle, exempte d'émotion, de surmenage physique ou mental, hygiénique, bref, être soustraits autant que possible à la lutte pour l'existence.

Les *récidives* sont toujours à craindre. Une vie prudemment réglée est de rigueur, et un changement d'occupation, de milieu sera avantageux : par exemple, une personne à occupations intellectuelles et urbaines agirait sagement en se réduisant à la vie des champs, moins factice et moins énervante ; mais cela n'est pas toujours possible, ni même toujours bon, car cela dépend aussi du genre d'intelligence du patient ; le médecin devra chercher à connaître ce qui a pu aider parmi les choses ou les personnes qui environnent le malade à l'éclosion du délire, afin de donner des conseils appropriés, chose difficile et délicate, et ne pas oublier que le plus souvent toute la famille de l'aliéné est plus ou moins bizarre ou tarée. Quant au *mariage*, il me paraît devoir être absolument interdit à l'aliéné guéri.

1. Il convient d'être très prudent lorsqu'il s'agit d'autoriser la visite des parents ou les sorties d'essai.

2. Si cet individu est peu intelligent, s'il se trouve en contact avec un parent atteint de paranoia chronique, il est à craindre que la contagion ne se fasse ; on devra prendre des mesures en conséquence.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DU DÉLIRE HALLUCINATOIRE

PAR

PH. CHASLIN

Médecin-suppléant de l'hospice de Bicêtre.

I

Considérations générales.

Le délire hallucinatoire est un trouble mental essentiellement caractérisé par des hallucinations nombreuses de plusieurs sens ou même de tous les sens, hallucinations qui placent le malade dans un monde imaginaire, sorte de rêve qui conditionne les paroles et les actes. Ce trouble se rencontre dans l'hystérie, l'épilepsie, les intoxications, à titre de symptôme de la névrose ou de l'intoxication, mais il peut exister aussi indépendamment d'elles et c'est de ce délire hallucinatoire idiopathique que j'ai à traiter ici. Il est difficile d'expliquer son apparition et en réalité nous ne savons rien de certain sur les conditions qui président à sa genèse; il débute souvent brusquement à l'occasion d'une émotion, d'un traumatisme physique ou moral, d'une opération, à l'occasion des règles; peut-être s'agit-il d'une intoxication que nous ne savons pas encore démontrer. On peut disserter sur l'intervention dans son apparition de la prédisposition et de la dégénérescence. Comme pour la confusion mentale, il semble que cette prédisposition, facteur interne, ait besoin

dans la majorité des cas de la collaboration du facteur externe pour arriver à créer ce trouble pathologique. Dans le délire hallucinatoire, tel que je le comprends dans une conception purement clinique, rentrent évidemment un certain nombre des cas que Mendel[1] a décrits sous ce nom, et une partie des cas appelés par M. Magnan délire d'emblée des dégénérés, d'après une conception théorique qui lui est particulière, délire d'emblée qui me paraît renfermer une série de faits différents, comme le remarque très bien Pieraccini[2]. M. Séglas admet aussi l'existence de ce délire hallucinatoire, dans ses leçons cliniques[3], et à l'appui, il donne une observation très démonstrative, fort semblable à celle d'un malade que j'ai eu dernièrement occasion de voir à Bicêtre[4].

L'aspect du patient est hallucinatoire, il vit dans un monde imaginaire très analogue à celui de l'alcoolique[5]. Les hallucinations de la vue, de l'ouïe et des autres sens font naître des idées délirantes, des émotions correspondantes et des actes qui changent avec assez de rapidité. Ces hallucinations souvent zoopsiques, auxquelles viennent se joindre des illusions, font perdre au malade la notion exacte du monde extérieur au milieu duquel il est désorienté, mais pas de la même façon dont cela a lieu dans la confusion mentale primitive. Le malade cherche à s'expliquer ce qui lui arrive, et surtout, quand les hallucinations commencent à décroître, il ne demande souvent pas mieux que de raconter son rêve; ce rêve est assez chaotique, et la confusion, la dissociation qu'il accuse sont secondaires, manifestement produites par la présence d'hallucinations nombreuses et répétées. Le début, pouvant être précédé par une période de troubles nerveux vagues, est brus-

1. Mendel. — Le délire hallucinatoire, trad. franç., *Médecine scientifique*, n° 21.

2. *Il Manicomio Moderno*, anno XI, n° 1, 1895, p. 114.

3. Séglas. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1895.

4. Voyez Ph. Chaslin. — La Confusion mentale primitive, 1895, p. 185.

5. Sommer (*Diagnostik der Geisteskrankheiten*, 1894) donne des observations de délire hallucinatoire (hallucinatorischer Wahnsinn) idiopathique qu'il montre bien ressembler de très près à un délire toxique.

que et la guérison de même : après une durée souvent de quelques jours, le malade s'éveille comme d'un rêve désagréable, dont il garde plus ou moins le souvenir, suivant que ce rêve a été plus ou moins coordonné, et il a aussi généralement perdu la mémoire des événements réels survenus pendant la durée de l'affection, puisque la perception de ceux-ci a été empêchée ou troublée par les hallucinations. Quant à la confusion elle cesse avec les hallucinations, ce qui prouve bien qu'elle était secondaire.

Il serait nécessaire de faire de nouvelles recherches pour être fixé sur la nature de ce délire hallucinatoire, afin de pouvoir établir un traitement rationnel. Cependant, comme il semble que ce délire naisse souvent sous l'influence d'un « affaiblissement » du système nerveux, se traduisant, comme dirait Kraepelin, plutôt par de l'excitation que de la paralysie, on peut admettre comme point de départ du traitement la nécessité de relever la nutrition, mais celle-ci est bien loin d'être aussi altérée que dans la confusion mentale primitive; pour le reste on n'aura à faire qu'un traitement symptomatique.

II

Traitement.

A. — *Mesures de sécurité.* — La première chose à faire est d'isoler le malade et d'exercer sur lui une *surveillance continue;* mais étant donnée la durée généralement courte de l'affection, il vaut mieux ne pas le placer dans une maison d'aliénés, sauf s'il ne peut recevoir chez lui les soins nécessaires.

B. — *Traitement physique.* — Faire l'*isolement*, obtenir le *calme* le plus absolu ; l'éloignement de toute cause d'excitation, telles sont les mesures d'hygiène, auxquelles il faut joindre le *séjour au lit*, moyen qu'on ne saurait trop recommander dans les folies aiguës. (Voyez le traitement de la Confusion mentale primitive, p. 87.) Ce maintien au lit a une action sédative

indéniable, il agit contre l'émotion triste, contre l'angoisse qui est en relation avec les hallucinations désagréables ou terrifiantes, et il permet d'obtenir le repos complet somatique. Il faut maintenir une bonne *aération* et une *température* modérée dans la chambre; la lumière ne devra pas être trop vive.

L'*alimentation* régulière, aussi abondante que possible, est une chose des plus importantes. On devra veiller à ce que les fonctions intestinales s'opèrent convenablement.

Contre les *hallucinations* constituant le fond même du trouble intellectuel et s'accompagnant souvent d'émotion dépressive, inquiétude, terreur, amenant un certain degré d'excitation, d'agitation motrice, de l'*insomnie*, Mendel recommande de ne pas abuser des hypnotiques (*sulfonal*, *chloral*, *opium*, *morphine*) et d'user plutôt de pratiques hydrothérapiques. Cependant quand l'angoisse est très grande, il me paraît que l'opium sous forme de laudanum à doses croissantes chaque jour est indiqué. Quant aux pratiques hydrothérapiques, ce sont, à mon avis, les meilleurs moyens à employer concurremment avec le repos au lit et les gouttes de laudanum : *bains tièdes prolongés* quotidiens (de 2 heures et plus), *maillot humide*, *tonisédatif*[1].

Une fois que les hallucinations commencent à cesser, les autres troubles de l'esprit disparaissent aussi et le patient entre bientôt en *convalescence*. On devra prendre toutes les mesures d'hygiène nécessaires, recommander les toniques, l'air pur, l'hydrothérapie, la modération dans le travail intellectuel, la vie calme, etc. On devra aussi particulièrement surveiller l'époque des règles qui peuvent être l'occasion d'une récidive.

C. — Quant au *traitement moral*, il consistera uniquement, la période la plus aiguë passée, à faire comprendre au malade qu'il est le jouet d'hallucinations, à le rassurer, en l'encourageant à combattre lui-même les troubles sensoriels par le raisonnement.

1. Voyez Bottey. — Traité d'hydrothérapie.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE LA CONFUSION MENTALE PRIMITIVE IDIOPATHIQUE

PAR

PH. CHASLIN

Médecin-adjoint à la Salpêtrière.

I

Considérations générales.

La confusion mentale primitive, appelée encore stupidité, démence aiguë, stupeur primitive, après avoir été étudiée par Esquirol, Georget, Ferrus, Etoc-Demazy, était, vers 1843, en France, admise comme forme d'affection mentale à peu près autonome. Baillarger soutint alors l'opinion qu'elle devait rentrer dans la mélancolie, et cette opinion erronée entraîna l'assentiment de la majorité des aliénistes français, si bien que l'on ne décrivait plus cette forme, en France, malgré les travaux si remarquables de Delasiauve, insérés dans son journal[1], et de quelques rares auteurs comme Foville et surtout H. Dagonet[2]. L'historique des travaux qui ont été faits sur la confusion mentale primitive présente donc un grand intérêt[3] ; il est bien curieux de voir que, tandis qu'on la

1. DELASIAUVE. — *Journal de médecine mentale*, 10 vol., 1861-1871.

2. DAGONET. — Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales, Paris, 1876.

3. Voyez : PH. CHASLIN. — La confusion mentale primitive, *Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1892.

négligeait en France, les auteurs allemands continuaient à l'étudier. Je dois dire que leurs descriptions n'ajoutent pas grand'chose à celle de Delasiauve; ce médecin a, en effet, tracé le tableau clinique le plus complet de cette affection, essentiellement caractérisée par l'incoordination et le ralentissement des idées, donnant au malade l'aspect de la stupidité ou de la stupeur, pouvant s'accompagner d'hallucinations et de délire, incoordination qui doit être rapportée à un état organique vraiment pathologique du cerveau.

N'ayant à traiter ici que de la confusion mentale primitive idiopathique, je ne parlerai pas du *symptôme confusion* (primitive ou secondaire), ni des *confusions primitives symptomatiques*, troubles mentaux qui sont liés à une série de troubles organiques variés et bien reconnaissables, et je me bornerai même pour mon sujet aux notions les plus succinctes, qu'il est indispensable de rappeler, quelques auteurs ne paraissant pas encore bien connaître l'affection dont il s'agit ici, malgré sa fréquence et malgré les nouveaux travaux qui ont été faits en France sur elle [1].

La confusion idiopathique naît ordinairement à la suite d'un traumatisme physique ou moral (émotion, etc.), à la suite de l'accouchement, d'une maladie infectieuse; elle a donc ordinairement une cause extérieure appréciable et doit être rattachée au groupe de folies dites exogènes dans lesquelles le facteur interne (prédisposition, dégénérescence) ne joue qu'un rôle secondaire ou plutôt dans lesquelles le trouble cérébral est le résultat de la collaboration des deux facteurs interne et externe. Mais nous ne savons pas en réalité quelle est la nature intime de cette confusion qui n'est pas une espèce morbide, une maladie; on ne peut jusqu'à présent l'envisager que comme affection et nous ne savons même pas si l'infection ou l'auto-intoxication souvent pré-

1. Je me permets de renvoyer le lecteur à un travail publié l'année dernière : Ph. Chaslin, *la Confusion mentale primitive*. Paris, 1895, où je me suis efforcé de réunir tout ce que l'on sait sur la confusion (symptôme et la confusion affection.)

sente[1] est toujours nécessaire à sa production ou si cette affection est le résultat de « l'épuisement »[2], état bien vaguement défini d'ailleurs. Pourtant Bianchi a trouvé dans le sang un micro-organisme[3], et d'autre part Séglas[4] a montré que des expériences sur les urines il est impossible de rien conclure de certain touchant l'intoxication. La pathogénie est donc hypothétique, mais il n'y a pas d'inconvénient à admettre la présence de toxines, d'autant plus que les troubles du système digestif amènent fréquemment l'auto-intoxication.

Quoi qu'il en soit, cette affection a une physionomie clinique suffisamment tranchée pour mériter une place à part. Dans la période d'état, l'aspect du patient, ses actes, ses paroles, son expression dénotent avant tout au point de vue psychique la présence prédominante du symptôme confusion, c'est-à-dire de l'incoordination et de l'affaiblissement de tous les processus intellectuels. On peut voir s'y joindre des idées délirantes, des illusions, des hallucinations très variables, des variations brusques dans le ton émotionnel et dans la rapidité apparente des processus intellectuels. Mais le fond du trouble mental est essentiellement constitué par la désagrégation accompagnée d'automatisme, et cette désagrégation paraît plus profonde que dans n'importe quelle autre forme mentale. Parallèlement à ces troubles mentaux existe un état d'affaiblissement généralisé, d'épuisement, de dénutrition avec fièvre variable, troubles pupillaires, nerveux divers, tremblements, spasmes, crampes, etc., troubles gastriques et intestinaux (fort importants par le retentissement qu'ils ont sur le système nerveux), quelquefois avec des symptômes qui rappellent plus particulièrement une infection, la paralysie générale ou la méningite. Quelle que soit l'intensité ou la forme

1. Voyez : Régis et Chevalier-Lavaure. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. *Rapport au Congrès de méd. mentale de 1893.*

2. Kraepelin. — Psychiatrie, 4e éd., 1893, p. 260.

3. Bianchi. — Paralisi progressiva e frenosi sensoria. Naples, 1895.

4. Séglas. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales, *Arch. gén. de méd.*, novembre 1893.

de l'affection [1], il faut se rappeler avec Delasiauve, et cela est important au point de vue du traitement, que le trouble mental semble être la conséquence de ces altérations véritablement organiques, d'autant plus que parmi les terminaisons, annoncées souvent par une crise (Sauze) [2], se rencontrent la mort et la démence.

Il faut avoir grand soin de ne pas retomber dans l'erreur de Baillarger, c'est-à-dire qu'il faut bien faire le diagnostic avec la mélancolie accompagnée de stupeur ; il ne faut pas non plus confondre la confusion primitive avec la paranoïa aiguë ni même avec le délire hallucinatoire qui en paraît pourtant voisin ; mais il est plus délicat de reconnaître les différences et relations qui peuvent exister entre cette confusion et certains cas de délire aigu et de paralysie générale. Quant à la psychose polynévritique de Korsakoff, il me semble qu'elle doit être rattachée à la confusion.

Quand la confusion guérit, ce trouble mental et somatique laisse après lui un état d'affaiblissement qui rend la convalescence assez longue, du moins dans les cas intenses, quelquefois avec des symptômes psychiques d'ordre neurasthénique ou même des idées délirantes isolées, plus au moins systématisées comme l'avait déjà indiqué Delasiauve.

II

Traitement.

Ces brèves considérations pathologiques montrent que le trouble mental reposant sur une perturbation assez intense de l'état somatique, le traitement physique doit jouer un rôle prédominant. Ce n'est que lorsque celui-ci a eu un bon effet et que le malade est entré en convalescence, que l'on peut

1. Je fais rentrer dans le cadre de la confusion les formes que l'on en a distinguées, comme la démence aiguë, la stupeur primitive, le délire de collapsus (de H. Weber et Kraepelin).

2. Sauze. — Études médico-psychologiques, etc., p. 67.

faire usage du traitement moral [1], mais en continuant toujours le traitement somatique. J'exposerai d'abord en quoi consiste celui-ci.

A. — TRAITEMENT PHYSIQUE

Ce traitement avait été très bien établi par les anciens auteurs français (Etoc-Demazy, Ferrus, Delasiauve, Dagonet, Sauze [2]), malgré une hypothèse pathogénique non établie, qui les avait conduits à employer quelques moyens tels que les vésicatoires, sangsues, etc., qui me paraissent devoir être abandonnés.

On peut tracer ainsi qu'il suit les indications principales du traitement physique : 1° relever la nutrition par des moyens hygiéniques et thérapeutiques ; 2° éliminer les poisons ; 3° combattre les différents symptômes ; 4° traiter les complications. Il faut y joindre encore : 5° le traitement des crises (Sauze) ; 6° le traitement de la convalescence.

1° *Relever la nutrition*. A. — *Moyens hygiéniques*. — *Maintien au lit*. — Je recommanderai par-dessus tout le repos au lit, car l'état somatique du confus est celui d'un vrai malade. Ce maintien au lit a l'avantage d'empêcher l'épuisement d'augmenter par la suppression de toute cause de fatigue ; il empêche également le refroidissement toujours nuisible ; il a aussi une action calmante qui n'est pas sans importance lorsqu'il y a des symptômes d'agitation. Un autre avantage, d'ordre moral celui-là, et qui rentre par conséquent dans le

1. Le traitement moral sur lequel Leuret a fait un livre célèbre ne peut être appliqué avec succès que dans certains cas, lorsque la modification intellectuelle passagère est d'origine plutôt fonctionnelle qu'organique ou lorsque, l'état physique reconstitué d'abord, le fonctionnement psychique peut à son tour être rétabli normalement par une gymnastique appropriée.

D'ailleurs le traitement moral (plus ou moins efficace, il est vrai) doit intervenir à peu près partout, même dans les maladies internes, comme on l'a fait depuis longtemps remarquer.

2. Sauze. — De la stupidité, de sa nature psychologique et de son traitement. *Th. de Paris*, 1852, reproduite dans Études médico-psychologiques sur la folie. Paris, 1862.

traitement psychique, est que le patient, qui peut avoir une vague conscience de son état pathologique ou qui peut avoir des intervalles assez lucides, en se trouvant au lit, comprend jusqu'à un certain point qu'il est véritablement malade, qu'il a besoin d'être soigné ; cela contribue ainsi à dissiper un peu sa désorientation et sa confusion intellectuelles. Aussi, s'il se trouve dans un asile ou dans une maison de santé, vaut-il mieux le placer dans l'infirmerie de la maison avec d'autres patients et éviter de l'isoler, sauf momentanément, en cas de nécessité absolue.

Ce maintien du malade au lit ne sera pas souvent très difficile à cause de l'indifférence habituelle du confus, relativement docile et qui quelquefois même se laisse conduire et mener comme un enfant par certaines personnes en qui il met sa confiance. Ce procédé de traitement est très répandu en Allemagne : Neisser s'en est fait le champion convaincu et on l'applique même dans les cas où il y a excitation intense comme dans la manie, grâce à une bonne surveillance [1]. L'obstacle, en France, lorsqu'il s'agira d'appliquer ce traitement dans un asile, est la mauvaise direction imprimée généralement au personnel des infirmiers ; d'une part, ils sont souvent très mal recrutés (ce qui n'a rien d'étonnant, vu l'infériorité de leur salaire) et, d'autre part, ils ne sont pas dressés à considérer les aliénés comme des malades ; il est vrai que ce n'est pas trop leur faute, mais bien celle des médecins.

La *propreté* du linge de corps et du lit doit être parfaite, il faut veiller aux inconvénients du *gâtisme* et prévenir les *eschares* par les moyens habituels (matelas d'eau, etc.). L'*aération* de la chambre doit être constante et la *température* suffisante, ce qui est très important.

Après le repos au lit, c'est l'*alimentation* qui doit attirer

1. J'ai eu, l'année dernière, l'occasion de l'appliquer pour un cas de délire assez peu systématisé avec excitation, loquacité, insomnie, chez un jeune garçon de 16 ans. Le maintien au lit a été très facile, plus que je ne l'aurais cru *a priori;* il a, je pense, facilité la guérison ; en tous cas, il a été avantageux pour le patiént qui, une fois au lit, est devenu beaucoup plus calme et docile et s'est mieux nourri.

toute l'attention du médecin. Il faut, comme le recommandait déjà Sauze, à qui on doit toujours revenir quand il s'agit du traitement de la confusion, il faut continuer à tout prix une alimentation régulière et aussi abondante que le permet l'état gastrique. Les œufs et le lait, au besoin la poudre de viande de bonne qualité, seront les aliments de choix. L'usage de la sonde stomacale ou des lavements nutritifs pourra être nécessaire.

Un bon procédé d'hygiène générale et qui peut servir à tonifier un peu le patient est la *friction* avec une éponge imbibée d'eau froide ; cela tend aussi à rétablir les fonctions de la peau, généralement sèche et terreuse. Nous retrouverons un peu plus bas l'emploi extérieur de l'eau, sous des formes différentes, suivant les indications.

B. — *Moyens thérapeutiques.* — Sauze administrait aussi des toniques et des ferrugineux, lorsque l'état gastro-intestinal le permettait, mais on peut se demander si cela présente réellement des avantages, d'autant plus qu'il faut avant tout ménager l'appareil digestif pour assurer l'alimentation qui est un point capital. Cependant, on pourra donner, comme l'ont fait MM. Séglas et Fernet, dans un cas de confusion post-cholérique, de la noix vomique et de l'arséniate de soude.

2° *Éliminer le poison.* — Bien qu'il soit impossible de conclure des recherches entreprises sur les urines qu'il y ait réellement des substances nuisibles introduites dans l'économie, on peut néanmoins agir comme si cela était. Dans les conditions où le malade se trouve, le *lait* administré comme aliment joue aussi le rôle de diurétique et c'est le meilleur de tous les médicaments que l'on puisse employer à ce point de vue.

Les *purgatifs* servent aussi à remplir la même indication ; ils servent en même temps à combattre l'état de catarrhe intestinal et ils préviennent les *auto-intoxications* qui ont leur point de départ dans l'intestin.

3° *Combattre les différents symptômes du système nerveux.* — Comme on le sait, la dépression ou l'excitation peut se

trouver comme symptôme accessoire, mais suivant les formes l'une ou l'autre peut être prédominante et on peut chercher à les diminuer quand elles dépassent certaines limites.

L'*excitation* intense, comme dans le délire de collapsus (Kraepelin), sera combattue avantageusement par les *bains tièdes prolongés* ou le *drap mouillé* employé de façon à amener une diaphorèse abondante (ce qui sert aussi à éliminer les matériaux toxiques).

L'*hyoscine* ou la *duboisine* vantées par certains auteurs me paraissent dangereuses, car elles amènent des troubles secondaires et augmenteraient l'incohérence.

Contre la *dépression extrême*, les états de *stupeur* [1], on peut employer le *drap mouillé sinapisé* ou les *bains sinapisés généraux*.

L'*insomnie*, qui peut se présenter dans toutes les formes, qu'il y ait de la dépression ou de l'excitation, est difficile à enrayer. Les *bains tièdes* peuvent servir ; on peut administrer un peu de *sulfonal* (Séglas remarque que ce médicament agit d'une façon très efficace lorsqu'on le donne à dose réfractées) ou de *trional* ou de *valérianate d'ammoniaque ;* mais les *bromures alcalins*, comme le dit très bien Séglas, ont une influence fâcheuse, car ils augmentent la confusion et troublent l'appareil de la digestion.

Lorsque la *fièvre* est intense et qu'une haute température est atteinte, et cela a lieu surtout dans la forme appelée délire de collapsus, le danger peut être grand et la terminaison fatale, rapide ; l'affection revêt alors l'aspect du délire aigu [2]. Le seul procédé est le *bain froid*, comme dans la fièvre typhoïde.

Le *collapsus* sera combattu par l'administration d'*alcool*,

1. Al. Robertson (*The Journal of mental science*, janvier 1891) applique un bonnet rempli d'eau chaude que l'on place chaque jour sur le crâne, et l'électrisation continue. N'ayant pas employé ce procédé, je me borne à le signaler. Bianchi (Paralisi progressiva e frenosi sensoria. Naples, 1895, p. 151) a usé avec succès de la galvanisation de la tête avec 2 à 4 milliampères et de la faradisation générale.

2. Je n'ai pas à rechercher ici quelle est la vraie nature de ce délire aigu.

de vin vieux, au besoin de *caféine*, de *spartéine* ou de *digitale*, ou d'injections sous-cutanées d'*éther*.

Dans le cas d'*anxiété* ou d'angoisses passagères, l'*opium* (le laudanum en particulier) à l'intérieur est le médicament par excellence, comme on le sait pour la mélancolie surtout anxieuse.

On devra naturellement surveiller attentivement le malade pour qu'il ne se blesse point, qu'il ne fasse pas de tentatives de *suicide*, qu'il est facile de réprimer par suite de l'absence de volonté réfléchie ou de véritables impulsions suffisamment coordonnées et persistantes.

Système digestif. — Sauze employait l'*émétique* contre l'embarras gastrique avec ictère ; c'est un moyen qui me paraît mauvais à cause de son action déprimante ; contre la constipation on donnera les *purgatifs salins ;* enfin la diarrhée devra être combattue par les moyens habituels. Les *antiseptiques intestinaux* peuvent être administrés pour les raisons multiples que l'on comprend aisément sans que j'y insiste; le *salol* ou le *benzo-naphtol*, par exemple, est meilleur que le naphtol B, un peu irritant; cependant, comme on n'est pas pleinement édifié sur leur utilité, on fera mieux de s'abstenir.

Autres systèmes. — Bien qu'il soit probable que tous les systèmes soient plus ou moins atteints, il n'y a pas grand'-chose à faire, sauf en cas de complication; pourtant Sauze s'efforçait de faire réapparaître les règles par les sangsues à la vulve et les bains de pieds sinapisés.

4° *Traiter les complications*. — Parmi celles-ci, on a cité la *pneumonie*, la *phtisie aiguë ou chronique*, les *néphrites*, la *diarrhée incoercible*, quelquefois mais rarement des lésions du cœur ou des vaisseaux. Si on les découvre, il est bien entendu que l'on fera ce que l'on pourra; mais parmi ces complications, les *eschares* et leurs suites sont particulièrement à redouter, lorsque le marasme s'établit, et à combattre par les moyens connus.

Si l'on admet, comme je le pense, que la psychose polyné-

vritique de Korsakoff est de la confusion mentale compliquée de *névrites périphériques*, on devra traiter celles-ci, mais cela surtout quand le trouble intellectuel aura disparu.

5° *Traitement des crises.* — Parmi ces complications, il y en a que l'on a considérées comme des *crises* indiquant la guérison, la *diarrhée intense*, la *formation d'un abcès*, l'*apparition d'un érysipèle* (Sauze), une éruption *furonculeuse* (Schüle). Il me paraît préférable d'intervenir dans les cas d'abcès, de furoncle, ou d'érysipèle.

Quant aux autres formes de crises : le retour des règles, celui de la transpiration quelquefois accompagné d'une fièvre intense, une salivation abondante, je ne fais que les mentionner.

6° *Traitement pendant la convalescence.* — La direction générale du traitement est toujours la même : continuer à relever la nutrition et à alimenter le patient.

Il faudra surveiller soigneusement l'époque des règles qui peuvent être l'occasion d'une rechute. L'état de faiblesse irritable du système nerveux doit faire apporter les plus grands ménagements à la reprise de la vie ordinaire.

Quant aux restes du trouble mental, amnésies, hallucinations, état de neurasthénie cérébrale, il est difficile de les combattre spécialement; au besoin on aura recours au traitement moral.

B. — TRAITEMENT MORAL

Pendant la période d'état de l'affection, nous avons déjà vu que certains procédés hygiéniques, comme le repos au lit, ont déjà une action « morale », et les intervalles de lucidité plus ou moins vagues peuvent déjà être l'occasion, pour les personnes qui entourent et soignent le malade, d'exercer une influence psychique favorable.

Mais c'est surtout à la *période de déclin* et pendant la *convalescence* qu'il faut avoir recours au traitement moral dont

les règles ont été indiquées si clairement par Sauze, qu'on n'a rien de mieux à faire que de les suivre à la lettre[1].

« Si, dit-il, dans la période d'acuité, le traitement moral est impossible, il n'en est plus de même dans la période de déclin. Quand l'intelligence recommence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales; il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est ou trop lente ou peu précise. On doit s'attacher à leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave; on les voit presque toujours être dans l'étonnement, ne pas se rendre compte des diverses circonstances de leur maladie, ni du changement qui s'est opéré en eux, comme un individu qui, pendant son sommeil, transporté dans des lieux inconnus, mettrait un certain temps à reprendre ses sens. Quelques-uns nous ont dit qu'ils semblaient sortir d'un long sommeil. A ces malades qui se réveillent, il faut expliquer tous ces détails, les éclairer sur leur position, rappeler leur mémoire, leur poser de petits problèmes et leur en demander plus tard la solution. Cet exercice intellectuel, répété chaque jour sans interruption en procédant des choses simples aux questions plus difficiles, ramène peu à peu toutes les facultés à leur activité première : c'est comme un enfant dont l'intelligence se développe progressivement.

« En même temps que par la conversation, on force le malade à mettre en jeu ses diverses facultés, il faut encore le mettre au travail. Cet exercice salutaire achève de rétablir la santé physique, maintenant l'appétit et le sommeil, et donne également à l'esprit une préoccupation qui produit le meilleur effet. C'est en suivant cette méthode, en ayant recours à ces divers moyens, qu'on verra chaque jour l'intelligence faire un progrès nouveau. Les réponses, d'abord lentes, deviennent plus faciles; le malade s'occupe avec plus d'intérêt de ce qui l'entoure; son attention se fixe plus souvent sur les

1. Sauze, *loc. citato.*

objets qui sont à sa portée. A mesure que l'attention est revenue, cette faculté, mère de toutes les autres facultés, comme le professait Laromiguière, les autres facultés de l'entendement ne tardent pas à suivre la même voie de progrès. Après avoir observé ce qui se passe autour de lui, le malade compare entre eux ces divers objets qui ont fixé son attention, il saisit leurs rapports, raisonne, en un mot, comme il le faisait auparavant. La mémoire, d'abord obscure et infidèle, reprend toute sa puissance; la volonté suit dans sa marche les progrès de l'entendement; cette apathie, cette inertie si complète finit peu à peu par disparaître. Les malades ne se laissent plus pousser ni conduire par le premier venu; ils ont repris la conscience de leur moi. »

Ce traitement moral, qui exige une grande patience de la part des personnes qui l'appliquent doit, toujours être fait avec ménagement en évitant toute fatigue du côté du malade, car on peut provoquer ainsi une rechute ou tout au moins un arrêt dans la convalescence (Séglas).

Où doit-on traiter le malade? — C'est surtout dans la clientèle de la ville que l'on rencontre des cas de confusion mentale; il y en a peu dans les asiles d'aliénés, probablement parce que la docilité ordinaire des patients et le peu de danger qu'ils offrent pour leur entourage, n'invite pas la famille à les placer; mais on doit se demander pourtant s'il y aurait utilité à pratiquer l'*isolement dans une maison de santé?* Je partage sur ce point l'opinion de Séglas : il me paraît contre-indiqué de déplacer ainsi le confus, sauf exception, si par exemple l'agitation est extrême ou si les parents sont hors d'état de donner des soins. « Le changement de milieu ne peut agir que défavorablement en augmentant la désorientation, la confusion des idées, qui s'accroît tout naturellement lorsque le malade est transporté brusquement loin des choses et des personnes qui lui sont familières. Cela n'empêchera pas de prescrire, comme dans une maladie ordinaire, le repos le plus complet, l'isolement et la suppression des visites, mais il faut maintenir le malade en contact avec sa famille. Cela

est important pour les intervalles lucides, plus ou moins marqués ou fréquents suivant la forme, et surtout pour la période où le malade, cherchant spontanément à s'orienter, est remis peu à peu dans la bonne voie par la vue des objets qu'il connaissait. Cela est encore d'autant plus important que le traitement moral consistant surtout à faire revivre les anciennes images mentales, la présence des parents et leur coopération naturelle dans ce travail de reconstitution de la synthèse mentale sont des adjuvants efficaces. Cette présence seule amène la quiétude dans l'esprit du malade, surtout de celui qui, se sentant comme égaré, éprouve le besoin d'avoir sans cesse à côté de lui quelqu'un qui le rassure et le guide[1]. »

Addendum. — *Injections de sérum artificiel.* — Depuis que ce chapitre a été rédigé, plusieurs auteurs ont employé comme agent de médication sthénique les injections sous-cutanées de sérum artificiel. Séglas (communication orale) a vu dans plusieurs cas les bons effets de cette pratique, surtout dans les formes asthéniques. Il injecte par jour de 5 à 15 centimètres cubes de sérum artificiel (formule de Chéron), la dose variant suivant la gravité du cas et la susceptibilité du malade. Il conseille de ne pas injecter de trop hautes doses qui déterminent des phénomènes d'excitation cérébrale. L'injection doit être faite de préférence le matin; vers le soir, les confus présentent souvent des phénomènes d'excitation intellectuelle et une injection faite ou réitérée à ce moment les augmente fréquemment et provoque même ordinairement de l'agitation nocturne et de l'insomnie. Les injections ne sont continuées qu'une quinzaine de jours, pour être reprises ensuite, s'il y a lieu, après un repos de quelques jours. Lorsqu'on applique en même temps le traitement par le séjour au lit, ou lorsque le malade gâte, il est préférable de faire les injections dans la région intra-scapulaire plutôt que dans la région rétro-trochantérienne.

1. Ph. Chaslin, *loc. citato*, p. 256.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR

A. MAIRET

Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

I

Considérations générales.

Lorsqu'on lit les traités ou les mémoires consacrés à la paralysie générale, on est frappé du peu de place qu'y tient le chapitre réservé au traitement; le plus souvent, quelques lignes et c'est tout. C'est que, pour la plupart des médecins, la démence paralytique est une maladie incurable qui, quoi qu'on fasse, suit une marche fatalement progressive. Certes, il peut se produire des périodes de rémission, mais ces périodes, indépendantes de tout traitement, ne sont qu'un temps d'arrêt passager après lequel la maladie reprend sa marche envahissante.

Il faut le reconnaître, cette idée de l'incurabilité de la paralysie générale se comprend. J'en appelle à cet égard aux médecins aliénistes qui sont plus particulièrement aux prises avec cette maladie; comme moi, ils n'en sont certainement plus à compter leurs insuccès, même dans les cas où tel traitement paraissait le mieux approprié.

Cependant, malgré ces insuccès répétés, quelques médecins conservent la foi. Ils pensent que pour si désespérante que soit la paralysie générale, il est des cas où l'on peut arrê-

ter et même faire rétrocéder la maladie, et ils citent à l'appui de leur manière de voir des observations, bien rares il est vrai, de guérison. N'est-ce pas là une utopie? Oui, répondent les partisans de l'incurabilité, qui dénient aux observations rapportées par leurs adversaires la valeur que ceux-ci voudraient leur donner; dans ces cas, il y a eu erreur de diagnostic.

Eh bien! je l'avoue immédiatement, malgré des échecs journaliers, je suis de ceux qui pensent que parfois le traitement peut enrayer et faire rétrocéder la maladie. Et je ne crois pas que dans les observations que j'ai en vue, on puisse m'objecter une erreur de diagnostic.

Je le sais, il est tel cas où, chez certains alcooliques, par exemple, sur lesquels pèse une hérédité dégénérative, l'aliénation mentale peut revêtir le masque de la paralysie générale au début. Je le sais encore, certains prédisposés soumis à des causes diverses peuvent réaliser du côté du cerveau des accidents congestifs qui se traduisent par un ensemble de troubles intellectuels et moteurs qui rappellent ceux de la paralysie générale commençante. Les observations dont je parle plus haut n'ont rien à faire avec les faits que je viens de rappeler; elles ont trait à des malades que j'ai pu suivre pendant plusieurs mois et chez lesquels le diagnostic ne peut être mis en doute. Exemple :

X..., âgé de 33 ans, entre à l'asile au commencement de 1889; il offre tous les signes de la paralysie générale. Cet homme est soumis à un traitement approprié. Je le suis pendant onze mois. Au bout de ce temps, X... quitte l'établissement ne présentant plus qu'un état d'hyperexcitabilité musculaire et tendineuse et une très légère atteinte au fond même de l'intelligence, se traduisant par une vivacité moins vive qu'autrefois. Deux mois après sa sortie, il reprend ses occupations et voilà plus de six ans que son état se maintient

Je crois donc, en me basant sur l'observation clinique, qu'on peut, ainsi que je le disais, arrêter et faire rétrocéder

dans certains cas, malheureusement trop rares, l'évolution de la paralysie générale.

Jusqu'où peut aller cette rétrocession? D'aucuns pensent jusqu'à la restitution *ad integrum* des tissus, jusqu'à la guérison complète. Peut-être semblable résultat est-il possible lorsque la maladie est prise tout à fait au début; j'ai par devers moi quelques observations très probantes à ce sujet, et dans lesquelles il est difficile de douter qu'on était en présence d'une véritable paralysie générale.

Généralement, la restitution *ad integrum* n'est pas obtenue, la lésion anatomique est bien éteinte, mais elle a laissé du côté de la cellule cérébrale une trace ineffaçable de son passage; cette cellule ne peut reprendre sa virtualité première, et le malade garde dans sa modalité intellectuelle un ton, une vivacité moindre, comme chez X... dont je parlais tout à l'heure, et des modifications du caractère. C'est là peut-être une guérison incomplète au sens strict du mot, mais combien importante à obtenir, étant donnée la gravité de la maladie. Les individus qui la réalisent peuvent, en effet, reprendre leur place dans leur famille, vivre de la vie de tout le monde, et quand ils se livrent à des occupations manuelles, reprendre ces occupations. C'est ce que fait par exemple un de mes malades, qui depuis plus de dix ans qu'il a quitté mon service hospitalier, travaille de son métier de cordonnier.

D'autres fois, le traitement n'aboutit pas à des résultats aussi heureux; il produit seulement une rémission plus ou moins marquée, parfois en apparence si complète que, pour tout autre que le médecin, le malade semble guéri, mais le travail anatomique n'est pas complètement éteint, et une rechute se produit plus ou moins rapidement. Trop souvent la rechute ne peut être enrayée mais quelquefois, si, dès les premières menaces de la réapparition de la maladie, un traitement convenable est appliqué, on peut arrêter les manifestations morbides. C'est ainsi que je soigne depuis plusieurs années dans leur famille des paralytiques généraux dont un

premier accès avait demandé l'isolement. Certes, c'est là encore un résultat précaire, mais que seuls pourraient dédaigner ceux qui n'ont jamais été aux prises avec la paralysie générale.

Pour si grave donc que soit cette maladie, il est des cas dans lesquels le traitement donne des résultats favorables. Par conséquent ce traitement, loin d'être négligé, doit être étudié avec soin. En outre, lorsqu'on ne réussit pas à arrêter la marche envahissante de la maladie, l'intervention médicale a encore l'occasion de se produire contre divers symptômes qui, à un moment donné, peuvent devenir des sources importantes d'indications. Nous étudierons successivement le traitement de la maladie et celui de certains symptômes.

II

Indications thérapeutiques.

Le traitement d'une maladie quelconque dépend de la manière dont on comprend cette maladie.

Qu'est-ce donc que la paralysie générale? Une inflammation chronique, une périméningo-encéphalite chronique diffuse, ont dit pendant longtemps nombre de médecins qui, comparant la démence paralytique à une cirrhose hépatique ou à une néphrite interstitielle, regardaient l'inflammation comme la lésion primordiale et les altérations du tissu nerveux proprement dit comme secondaires. Toutefois, dès le début, cette idée fut combattue par d'autres observateurs qui, tout en admettant l'existence indéniable d'une inflammation, pensaient que les altérations du système nerveux, tubes et cellules, n'étaient pas consécutives à cette inflammation, mais primitives. Aujourd'hui, grâce aux recherches histologiques modernes, cette dernière interprétation est communément admise; d'ailleurs, la clinique l'impose autant que l'anatomie pathologique.

Donc la paralysie générale est le résultat d'un double tra-

vail dégénératif et inflammatoire d'où, par conséquent, deux grandes indications thérapeutiques : *lutter contre l'inflammation, soutenir le système nerveux qui tend de plus en plus à dégénérer.*

Mais ces lésions qu'on retrouve dans tous les cas de paralysie générale, tantôt plus, tantôt moins marquées, tantôt l'une l'emportant sur l'autre, sont-elles toujours de même nature? en d'autres termes la paralysie générale est-elle une dans son essence? telle est une nouvelle question qui se pose, question essentiellement clinique et d'une importance considérable, comme on le verra, au point de vue thérapeutique.

L'étude attentive des faits m'a montré que la paralysie générale ne formait pas au point de vue pathogénique une maladie toujours la même, et qu'à cet égard on devait distinguer cinq groupes; leur nombre peut-être s'augmentera ultérieurement.

Dans le premier groupe, je range les cas de paralysie générale, dans lesquels la maladie reconnaît des causes multiples, excès de tous genres, qui fatiguent, congestionnent et usent le système nerveux central, qui agissent soit seules, soit sur un terrain prédisposé. Ces cas sont les plus nombreux et malheureusement les plus rebelles à toute thérapeutique.

Dans le second groupe, je place les faits dans lesquels la maladie se développe sans cause apparente, le malade n'a commis aucun excès, sa vie a été régulière, et cependant, à un moment donné, quelquefois à un âge peu avancé, 21, 22 ans, la démence paralytique fait son apparition. Les faits de cet ordre déroutent volontiers les médecins qui, voyant ainsi la maladie se développer sans cause apparente, désespèrent de pouvoir jamais établir son étiologie. Or si, dans ces cas, on interroge l'hérédité, on trouve comme cause effective une prédisposition se traduisant souvent par des symptômes particuliers qui indiquent un défaut de résistance organique du système nerveux et qui est due à des maladies physiques constitutionnelles des ascendants : alcoolisme, lésions organiques du système nerveux central et plus particulièrement

de l'encéphale (attaques d'apoplexie, ramollissement, etc.), et enfin diathèses diverses. C'est une paralysie générale par hérédité physique[1].

Dans le troisième groupe prennent place les paralysies générales par intoxication et plus particulièrement par intoxication alcoolique, les seules dont je m'occuperai ici.

La clinique et l'expérimentation sont d'accord pour démontrer la réalité de l'existence de la paralysie générale alcoolique.

La clinique en nous montrant : 1° dans nombre de cas l'alcoolisme comme étant la seule cause qu'on puisse invoquer pour expliquer le développement de la maladie ; 2° des symptômes particuliers révélateurs de l'alcoolisme, une évolution et une durée différentes de l'évolution et de la durée des paralysies générales de nature autre.

L'expérimentation en montrant, ainsi que nous l'avons établi avec le professeur Combemale, de Lille, chez des chiens intoxiqués chroniquement par l'alcool, pendant la vie des manifestations morbides et, après la mort, des lésions organiques ressemblant à celles de la paralysie générale[2].

Dans le quatrième groupe nous trouvons les faits de syphilis cérébrale revêtant, à un moment donné de leur évolution,

1. Lorsqu'on étudie l'hérédité dans la paralysie générale, on est frappé de voir combien souvent chez les ascendants on constate les maladies constitutionnelles dont je parle plus haut : ainsi je trouve l'alcoolisme dans 22,2 p. 100 des cas, l'hérédité cérébrale dans 16,7 p. 100 et l'hérédité diathésique dans 33,5 p. 100. De sorte que l'hérédité physique se retrouve dans 72,4 p. 100. Certes cette hérédité ne crée pas une prédisposition aboutissant toujours d'elle-même à la paralysie générale, il faut pour cela, ordinairement, l'appoint d'autres causes, mais dans certains cas cet appoint est nul : un exemple le montrera.

A... est une jeune fille de 23 ans d'une honnêteté parfaite, d'une conduite irréprochable et qui, à 23 ans, sans cause connue, est atteinte de paralysie générale. Or si on interroge son hérédité, on retrouve l'alcoolisme du père qui marque son empreinte par une prédisposiiion se traduisant par une facile fatigue intellectuelle ; la malade, pour la moindre des choses, se perd ; une simple réprimande de ses maîtres la rend absolument comme hébétée.

2. Il ne m'est pas possible de m'étendre ici comme il conviendrait sur la démonstration de la réalité de l'existence de la paralysie générale alcoolique. Je renvoie à la communication que j'ai faite à ce sujet au Congrès des médecins aliénistes tenu à Lyon en 1891 et à mes recherches expérimentales faites en collaboration avec M. Combemale et insérées dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*.

la physionomie clinique de la paralysie générale. J'ai longuement étudié ces faits dans mes leçons cliniques sur l'*Aliénation mentale syphilitique*, auxquelles je renvoie le lecteur[1].

Enfin, dans un cinquième groupe peut prendre place la paralysie générale par sénilité, mais je n'insiste pas davantage sur cette dernière.

Telle est la manière dont mes recherches m'ont amené à comprendre la genèse de la paralysie générale, et c'est en me basant sur elle que j'ai établi le traitement de cette maladie et que, je le crois, j'ai obtenu parfois des résultats heureux.

Quel est ce traitement?

Il y a quelque chose de commun dans tous les cas, peu importe la nature de la maladie. En effet, toujours, je l'ai dit, celle-ci se traduit par une inflammation chronique et une dégénérescence du tissu nerveux, par conséquent il y a toujours à remplir les indications que posent ces deux éléments. Mais à ces indications constantes s'en ajoutent d'autres tirées de la nature intime du travail anatomique. Ainsi dans la paralysie générale alcoolique, l'alcoolisme pose des indications nettes et précises qui se retrouvent non moins nettes dans la syphilis.

Par suite nous étudierons d'abord le traitement de l'inflammation et des lésions dégénératives du système nerveux; puis, cela fait, nous reprendrons successivement chacun des groupes de paralysie générale que nous avons établis précédemment.

III

Traitement de la maladie.

A. — INFLAMMATION CHRONIQUE

Je puis être bref sur le traitement de l'inflammation dans la paralysie générale; il est le même que celui de toute inflam-

1. MAIRET. — Aliénation mentale syphilitique.

mation chronique et consiste plus particulièrement en révulsifs et en résolutifs. Je dirai seulement quels sont les moyens qui m'ont paru le mieux réussir.

Les émissions sanguines générales ne sont pas ordinairement de mise ; il n'en est pas de même des *émissions locales* et en particulier de l'application de sangsues au niveau de l'anus, moins pour enlever du sang au malade que pour attirer ce liquide du côté du rectum. Dans ce but on applique, suivant les cas, une, deux, trois, quatre *sangsues*, et on renouvelle cette application plus ou moins souvent selon les indications.

Pour aider à l'action congestive des sangsues du côté du rectum, on peut administrer des drastiques, l'*aloès*, par exemple, qu'on donne en petite quantité, le soir au coucher, une fois la digestion terminée.

A ces moyens on peut ajouter les *bains de pieds chauds, sinapisés* ou non et d'une manière générale tous les révulsifs cutanés. Mais j'insiste surtout sur l'un d'eux, beaucoup trop abandonné aujourd'hui, auquel cependant j'attache une grande importance, c'est le *séton* ou le *cautère* appliqué à la nuque et laissé en permanence pendant un temps plus ou moins long.

A côté de l'inflammation, il y a souvent du côté du cerveau des phénomènes de congestion passive, des stases qui œdématient la cellule cérébrale. Pour lutter contre ces troubles, on peut employer la *digitale* et le *seigle ergoté* à la dose par exemple de $0^{gr},40$ à 1 gramme par vingt-quatre heures. Mais ce qui réussit le mieux dans les cas de cet ordre, c'est le *massage* fait méthodiquement et non par le simple pétrissage des muscles.

Quant aux résolutifs, je n'en vois qu'un qui puisse parfois être utile, c'est l'*iodure de potassium* dont on peut porter progressivement la dose de $0^{gr},50$ à 3 grammes par vingt-quatre heures.

B. — DÉGÉNÉRESCENCE DU TISSU NERVEUX

Le tissu nerveux subissant un travail dégénératif, il faut autant que possible le soutenir sans l'irriter. En tête des médicaments qui me donnent à ce point de vue les meilleurs résultats, se place sans conteste le *quinquina*, qu'on peut administrer soit sous forme de décoction, soit sous forme d'extrait.

Sous forme de décoction, on fait bouillir 4 à 5 grammes de quinquina concassé dans deux verres d'eau; on réduit à un verre, on filtre et on mélange avec une tasse de lait. Le malade prend un verre de ce mélange entre le repas du matin et celui de midi et l'autre verre entre le repas de midi et celui du soir.

Sous forme d'*extrait*, à la dose de 3 à 5 grammes par vingt-quatre heures, soit en pilules, soit en potion. On peut ajouter à cet extrait une certaine quantité de quinine, $0^{gr},20$ à $0^{gr},30$.

A ces moyens, j'ajoute volontiers des *phosphates, biphosphates de chaux, lacto-phosphates* en solution, à prendre pendant le repas à la dose de 2 grammes et même plus dans le courant de la journée, ou mieux glycéro-phosphates à des doses variant entre $0^{gr},20$, $0^{gr},60$ et même plus par vingt-quatre heures.

Lorsque toute trace de congestion a disparu, que la maladie est atonique, j'ai obtenu des effets utiles : 1° de la *strychnine* administrée soit directement sous forme de granules a des doses progressives pouvant atteindre 5 milligrammes et plus, soit sous forme de teinture de noix vomique; 2° des *injections de liquide testiculaire*. J'ai vu, dans des cas de paralysie générale à prédominance dégénérative avec dénutrition, ces injections remonter rapidement le malade non seulement dans sa nutrition générale, mais encore dans son système nerveux qui reprend sa tonicité.

Enfin, aux moyens qui précèdent l'*hydrothérapie* apporte un puissant concours. Dans ce cas, les lavages à l'eau froide

donnent souvent de bons effets. Je les fais faire d'abord avec de l'eau tiède à laquelle on ajoute de l'alcool, puis peu à peu la température de l'eau est diminuée, et on arrive à l'eau froide. Pendant la durée du lavage, les pieds du malade doivent être maintenus dans l'eau chaude, et si des congestions encéphaliques se produisent, on met sur la tête un linge trempé dans l'eau froide. Un utile adjuvant de l'hydrothérapie est, dans ces cas, le massage dont j'ai parlé précédemment.

A côté de ces lavages, les remplaçant ou complétant leur action, on peut donner des *bains aromatiques*, des bains *sulfureux*, et, chez les lymphatiques, des bains de *Salies*.

D'une manière générale je n'emploie pas la douche dans la paralysie générale, sauf tout à fait à la fin du traitement, lorsque la plupart des manifestations morbides ont disparu, et encore je l'emploie avec précaution, après avoir attiré le sang aux extrémités, par des jets d'eau chaude et sans toucher la tête.

Tels sont les différents moyens à employer pour remplir les deux indications propres à toute paralysie générale : l'inflammation, la dégénérescence du système nerveux. Voyons maintenant les indications que fournit la nature de la maladie et reprenons à ce point de vue les différents groupes que nous avons établis.

C. — TRAITEMENT PATHOGÉNIQUE

Le premier groupe, le plus fréquent, celui dans lequel la maladie est le résultat de causes multiples, ne fournit aucune indication particulière. Dans les cas de cet ordre, le traitement se limite aux moyens précédents, et, je me hâte de le dire, il ne produit ordinairement pas de résultats bien nets.

Dans le second groupe, celui dans lequel la paralysie est due à une hérédité dégénérative, la nature de la maladie ne fournit non plus aucune indication spéciale, sauf en ce sens que, dans les faits de cet ordre, la dégénérescence du tissu ner-

veux étant le fait dominant, c'est surtout aux moyens qui ont pour but de lutter contre cette dégénérescence qu'il faut s'adresser. C'est dans ces cas que l'hydrothérapie sous ces diverses formes, le quinquina, la strychnine, les injections de liquide testiculaire donnent les meilleurs résultats, tant pour lutter contre la dégénérescence cellulaire que contre les troubles circulatoires de l'encéphale. C'est dans ce genre de paralysie générale que, grâce aux moyens que je viens d'indiquer, j'ai obtenu ces rémissions avec rechutes, faciles à combattre, dont je parlais au début de cet article.

Lorsque la paralysie générale est de nature alcoolique, cette nature fournit des indications importantes. Il faut traiter l'alcoolisme, et ici le régime lacté s'impose, régime lacté mitigé, les malades faisant des dépenses considérables. Je donne alors à chaque repas une soupe au lait, du lait en quantité plus ou moins considérable, deux à trois litres par jour, et, à chacun des deux principaux repas de la journée, un plat de viande ou un plat de poisson. En outre, il faut agir par tous les moyens possibles sur la peau pour en activer la fonction, et suivant les périodes, faire des lavages à l'eau froide, administrer des bains aromatiques et provoquer des sudations soit par l'enveveloppement dans le drap mouillé, soit par des bains de vapeur.

Dans tous ces cas, il faudra, par des applications d'eau froide sur la tête, empêcher les congestions de ce côté. C'est surtout avec les bains de vapeur que cette manière de faire s'impose, et cela non seulement pendant le bain, mais encore pendant toute la durée de la sudation. Enfin dans la paralysie générale alcoolique, l'iodure de sodium m'a paru donner d'excellents résultats ; la dose en est portée progressivement jusqu'à 3 et 4 grammes par vingt-quatre heures ; ce médicament est administré soit pendant les repas, soit mélangé au lait. J'insiste sur ce traitement pathogénique ajouté au traitement ordinaire, car c'est dans ce genre de paralysie générale que j'ai obtenu les résultats les plus heureux, c'est-à-dire la rétrocession à peu près complète du travail anatomique.

Dans le quatrième groupe, dans la syphilis cérébrale a forme de paralysie générale, le traitement n'est autre que celui de la syphilis cérébrale, aussi n'insistai-je pas, renvoyant à cet égard le lecteur au chapitre réservé à cette localisation de la vérole.

Je n'ai pu, dans ce qui précède, que tracer les grandes lignes du traitement de la paralysie générale; pour être complet, je devrais l'étudier suivant les périodes, mais les éléments sur lesquels se basent les indications restant les mêmes, il me paraît inutile de le faire.

J'ajouterai seulement que pour que le traitement qui précède réussisse, il faut que, le malade soit tenu à l'écart de toute cause excitatrice, de tout excès, de toute fatigue intellectuelle.

J'ajouterai encore que dans, les cas heureux, il faut éviter toutes les causes possibles de rechute et en particulier la fatigue intellectuelle.

IV

Traitement des symptômes.

A côté du traitement de la maladie il est, ai-je dit, des symptômes qui deviennent des sources d'indications; ainsi l'agitation, l'insomnie, les attaques apoplectiformes, et nombre de troubles relevant des différentes fonctions : cœur, tube digestif, foie, reins, etc.

L'*agitation* sera surtout refrénée par les *bains tièdes* à 34°, 35°, d'une durée plus ou moins prolongée, et pendant lesquels on maintiendra sur la tête un linge trempé dans l'eau froide.

L'*insomnie* sera combattue le plus possible par des moyens indirects : bains calmants plus ou moins prolongés, exercice physique, etc., et quand on administrera des hypnotiques, il faudra donner des agents qui n'altèrent pas la cellule nerveuse : *uréthane*, *sulfonal*, et dans la paralysie générale alcoolique, l'*opium*.

Contre les *attaques épileptiformes et apoplectiformes*, on emploiera les révulsifs sur le tube digestif (*drastiques*), sur la peau (*cataplasmes*, *sinapismes*, *vésicatoires*) et les émissions sanguines sous forme d'application de *sangsues*. Dans les cas graves, ces applications se feront au niveau des apophyses mastoïdes, cinq ou six et même parfois davantage derrière chaque oreille.

Dans les cas plus légers, on pourra se contenter d'appliquer des sangsues en petit nombre au niveau de l'anus, dans le but, moins d'extraire du sang que de l'attirer de ce côté. La saignée générale est parfois de mise, mais elle m'a toujours donné de moins bons résultats que l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le *tube digestif* devra être surveillé attentivement; il se produit volontiers des embarras gastro-intestinaux atoniques, contre lesquels on emploiera plus particulièrement les *amers*. Il peut même y avoir à certains moments des phénomènes d'intoxication contre lesquels on luttera par des *toniques* et des *antiseptiques*. L'alimentation devra être aussi surveillée avec soin, elle sera reconstituante et la quantité en sera réglée. Le paralytique général a, en effet, de la tendance à manger beaucoup, gloutonnement, ce qui est une des causes des troubles gastro-intestinaux dont je parlais tout à l'heure. L'alimentation sera encore surveillée à un autre point de vue. A un certain moment de l'évolution de la maladie, il se produit une paralysie des muscles de la déglutition, et si on n'a pas soin de couper au malade en petits morceaux sa viande et son pain, il s'asphyxie.

Dans les cas où l'alcoolisme et la syphilis jouent un rôle, il faut surveiller le *foie* avec attention; il se produit volontiers de la sclérose ou une dégénérescence à marche aiguë.

Le *cœur* doit être souvent régularisé dans son fonctionnement, et soutenu dans les dernières périodes de la maladie où il se produit des surcharges graisseuses; on emploiera alors les toniques, la *digitale*, la *caféine*, etc.

Le *système respiratoire* est volontiers atteint dans le cours

de la paralysie sous forme surtout de broncho-pneumonie avec hypostase ; aussi, dans ces cas, ce sont les moyens toniques qui sont plus particulièrement de mise.

Il est une fonction qui doit être, à une période un peu avancée de la maladie, l'objet de l'attention du médecin, c'est la *fonction urinaire*. Sous l'influence de troubles paralytiques, il se produit des rétentions d'urine et consécutivement des résorptions avec fièvre et troubles divers. Dans ces cas, le sondage répété plusieurs fois par jour est nécessaire et pourra être suivi d'injections *boriquées*.

Enfin, assez souvent apparaissent au niveau de différents points, et plus particulièrement au niveau des fesses, des eschares qui peuvent s'étendre très profondément et aller jusqu'aux os. C'est par des soins minutieux de propreté et par des toniques et des désinfectants locaux qu'on arrive à prévenir d'abord puis lutter contre ces accidents. Dans ces cas, après de nombreux essais je me suis arrêté à la poudre de *quinquina* mélangée à la poudre de *charbon*.

On le voit, à côté du traitement de fond, il y a un traitement symptomatique important et qui trop souvent est le seul qui donne quelques résultats. Cependant, ainsi que je l'ai dit, il est certains genres de paralysie générale contre lesquelles nous pouvons lutter avec succès. Par conséquent, sans se faire d'illusions, il ne faut pas, dans le traitement de cette maladie, se laisser aller à une désespérance complète.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DES ÉTATS MANIAQUES

PAR

E. BLIN

Médecin de l'asile de Vaucluse.

I

Caractères de la manie et des états maniaques.

Le mot de manie était employé autrefois dans un sens très étendu et était synonyme de folie.

En perdant cette signification collective et peu déterminée, ce terme est devenu plus précis et sert à l'heure actuelle à désigner, quand il est employé seul, non la folie prise dans son ensemble, mais une espèce particulière de folie, aux caractères bien tranchés.

La manie franche, manie simple, est une maladie fonctionnelle du cerveau, ordinairement apyrétique, et caractérisée par une suractivité cérébrale extrême, par l'exaltation de tous les centres corticaux, ayant pour résultat l'incohérence des idées, l'impossibilité de fixer l'attention, un impérieux besoin de mouvements impulsifs et violents.

Si profonde qu'elle soit, l'incohérence n'est la plupart du temps qu'apparente : il existe dans les paroles exprimées un ordre qu'une observation approfondie fait souvent découvrir; il n'existe pas de dérangement intellectuel proprement dit.

Cependant, sous l'influence d'hallucinations qui se présen-

tent quelquefois, ou d'illusions des sens qui sont fréquentes, les conceptions peuvent devenir presque exclusivement délirantes et, au milieu du chaos des idées, on voit prédominer telle ou telle série d'idées qui donne au délire maniaque un aspect particulier, idées religieuses, idées érotiques, ambitieuses, de persécution, etc.

La manie ne se présente pas toujours avec une égale intensité : à un premier degré, elle porte le nom d'excitation maniaque, la manie proprement dite étant la manie vraie, aiguë; enfin le délire aigu constitue le degré le plus élevé de la manie, la manie suraiguë, fébrile.

La manie simple est le type de la folie générale avec excitation en même temps qu'une des formes les plus nettes de la pathologie mentale. Mais il faut reconnaître que la manie vraie, entité clinique où l'état maniaque joue le rôle prépondérant, est relativement rare. Il est bien plus commun d'observer des malades chez qui la manie n'est qu'un aspect spécial, passager, d'une autre forme d'aliénation mentale, nettement déterminée indépendamment d'elle : à ces états particuliers on a réservé le nom d'états maniaques.

Dans les états maniaques ou manies secondaires, la manie n'est plus alors qu'un symptôme accidentel, temporaire ou accessoire, consistant en un état général d'exaltation des idées, des sentiments et des actes.

Les états maniaques sont très communs au cours de l'aliénation mentale : c'est ainsi que l'excitation maniaque prédomine dans certaines périodes de la paralysie générale, de la folie héréditaire; qu'elle est une des manifestations les plus habituelles des troubles intellectuels des épileptiques, des hystériques, des alcooliques; qu'elle est une complication assez fréquente de la démence, de l'imbécillité et de l'idiotie.

II

Traitement des états maniaques.

Il n'y a pas de traitement véritablement spécifique de la manie aiguë franche : cette affection guérit d'elle-même après une évolution régulière. Le rôle du médecin ne laisse pas cependant que d'être actif. Que la manie soit primitive ou secondaire, deux grandes indications dirigent le traitement de tout état maniaque : l'une est de prévenir les accidents auxquels le malade lui-même et ceux qui l'entourent sont exposés, par suite de son état d'excitation. L'autre indication est de combattre cette excitation elle-même par des moyens appropriés, en même temps que de mettre le malade à même de supporter le mieux possible la violence de son accès et de fournir, par l'alimentation, une réparation suffisante à son organisme épuisé par tant d'agitation.

A la première de ces indications se rattache la question du mode de placement du maniaque; à la seconde, celle du traitement hydrothérapique, du traitement pharmaceutique et de l'hygiène du malade.

A. — MODE DE PLACEMENT DU MANIAQUE

Le maniaque pourra-t-il être soigné dans sa propre maison, ou bien à la campagne, ou bien dans une maison privée, chez des étrangers, ou bien enfin faudra-t-il l'interner dans une maison de santé ?

1° Traitement à domicile.

Toutes les tentatives du traitement de la manie à domicile sont impraticables, nuisibles même, non seulement pour le malade mais pour son entourage. Les parents et les amis sont en effet les plus mauvais gardiens que l'on puisse donner à un

maniaque parce que, par une sollicitude exagérée, contraire à l'intérêt du malade, ils manquent de fermeté pour le diriger et que leur intervention irrite le malade plus qu'aucune autre ; à plus forte raison ce dernier recevra-t-il difficilement des conseils de domestiques à qui il est habitué à donner des ordres : de là des froissements pénibles, propres à exaspérer le mal et à en prolonger la durée.

D'un autre côté, le contact d'un maniaque avec des parents, des enfants plus ou moins prédisposés eux-mêmes, peut avoir de graves conséquences, soit immédiates, soit à plus ou moins brève échéance.

La première condition du traitement du maniaque sera donc de le soustraire à son milieu, à ses habitudes, de le séparer de sa famille, de ses amis, en un mot de l'isoler.

L'isolement du malade dans une partie de l'habitation commune est à peu près impraticable : du reste, à moins d'avoir affaire à des cas d'excitation maniaque légère, l'extériorité des manifestations délirantes dans le développement de l'accès maniaque est, en général, telle que les familles sont les premières à comprendre la nécessité d'un isolement plus complet.

2° Traitement dans une maison de campagne.

Le traitement à la campagne sans mesures spéciales d'isolement et de surveillance serait tout aussi illusoire que le traitement à domicile.

Dans certaines circonstances, des familles riches, voulant garder le secret de la maladie de l'un des leurs, essayent d'installer leur malade dans des villas convenablement aménagées à la campagne ; l'isolement du malade est obtenu et on crée ainsi une sorte d'asile indépendant. Malgré les difficultés, malgré les dépenses que créent de pareilles installations, les résultats atteints sont en général médiocres, car il leur manque toujours, au point de vue des soins, de la surveillance et de l'attention des personnes employées, l'esprit d'ordre qui se retrouve forcément dans les asiles. Quoi qu'on fasse, les ma-

lades sont toujours surveillés avec mollesse, et abandonnés le plus souvent aux soins de serviteurs irresponsables.

3° Traitement dans une maison de santé mixte.

Il existe quelques maisons de santé dites mixtes composées de deux divisions isolées et indépendantes, affectées, l'une au traitement des maladies mentales proprement dites, l'autre au traitement des maladies nerveuses, sous une même direction médicale. Cette disposition peut permettre, dans certains cas d'excitation maniaque légère au début, la mise en traitement facile et rapide du malade : si la maladie s'accentue, on peut alors faire passer le malade directement dans le département limitrophe, en établissant un certificat d'admission régulier.

4° Traitement dans une famille étrangère.

Le malade peut encore être recueilli dans une famille étrangère qui se charge à la fois de la surveillance et des soins.

Il peut être aussi traité dans la maison particulière d'un médecin qui en accepte la charge.

Ces deux derniers modes d'isolement, peu ou point pratiqués en France, le sont davantage à l'étranger.

Ce mode d'assistance des malades dans les familles, régulièrement organisé, appliqué sous la surveillance administrative et judiciaire, peut rendre de grands services.

Toutefois, bien que certains maniaques soient placés dans les familles en Écosse, bien que le hameau de Bruyères de Winkelom, près de Ghell, reçoive des malades agités, on peut, malgré ces quelques exceptions, dire que le système du patronage familial des aliénés n'est guère applicable qu'aux aliénés inoffensifs et incurables.

5° Traitement dans une maison de santé spéciale ou dans un asile.

Tout en restant peu efficaces au point de vue des résultats, les différents modes d'isolement du maniaque que nous venons

de passer en revue, sont difficiles à réaliser, soit en raison de considérations pécuniaires, soit en raison d'habitudes sociales; aussi le traitement de la manie dans une maison de santé spéciale ou dans un asile peut-il être considéré comme le seul rationnel, le seul utile en pratique.

Si les familles ne sont pas les premières à comprendre la nécessité de l'internement qui s'impose par l'état d'agitation du malade, ou si l'on cherche à temporiser dans l'espérance de voir les accidents se dissiper brusquement sous l'influence de quelqu'une de ces émotions providentielles ayant droit de cité dans les mélodrames et dans les préjugés populaires, il est du devoir du médecin de dire nettement la vérité et de montrer les dangers que l'expectation peut entraîner. Car on ne saurait trop insister sur l'importance qu'il y a, au point de vue des chances de guérison, à agir vite, c'est-à-dire, le plus souvent, à interner dès le début de la maladie : plus on agit vite, plus les chances de guérison augmentent, en même temps que diminuent, pour le malade, les risques de se livrer à quelque acte scandaleux et public qui compromette sa situation, sa fortune, son existence.

Ce n'est que dans un établissement spécial, privé ou public, que se trouvent réunies les conditions nécessaires pour empêcher le malade de nuire à lui-même ou à son entourage, tout en lui laissant, dans la mesure la plus large, la liberté d'allure et de mouvements nécessaire à l'évolution normale de la maladie[1].

1. Les pièces à produire pour le placement d'un malade par sa famille dans les maisons de santé et asiles, sont les suivantes :

1° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés.

La signature du médecin doit être légalisée par le commissaire de police ou par le maire.

2° Une demande d'admission faite par un des parents et au besoin par un ami; cette demande contenant les noms, prénoms, etc., tant de la personne qui la formera que de celle qui en sera l'objet, doit être aussi légalisée par le maire ou le commissaire de police.

3° Une pièce constatant l'identité du malade.

Le placement effectué dans ces conditions constitue le *placement volontaire*. C'est celui qui est le plus ordinaire dans les maisons de santé privées et dans

Introduit dans ce nouveau milieu, le maniaque commence une vie nouvelle : il est étonné, saisi, et cet effet émotif produit déjà une diversion salutaire, si bien qu'immédiatement il s'opère dans la trame de toutes ses idées délirantes une véritable discontinuité.

Les premiers jours écoulés, il subit forcément l'entraînement de la vie commune. Les écarts de sa volonté se trouvent annihilés par les règlements; sa vie cesse d'être réglée par ses caprices et se trouve ainsi disposée d'une façon régulière et véritablement hygiénique. Il ne rencontre plus, comme dans sa famille, des parents inexpérimentés qui, maladroitement, cherchaient à contredire ses conceptions.

Dans l'asile, il ne trouve aucune résistance : ses forces d'activité morbide se répandent en liberté; il peut à loisir ressasser les mêmes choses et personne n'y met obstacle.

B. — TRAITEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

Si l'isolement constitue un moyen thérapeutique des plus puissants dans le traitement de la manie, il trouve des adjuvants précieux dans les pratiques hydrothérapiques, dans le traitement pharmaceutique et dans le traitement hygiénique.

1° *Douches.* — Autrefois, on faisait un véritable abus des douches froides dans le traitement de la manie. La douche en pluie verticale était d'un usage journalier, ainsi que la douche en colonne de Leuret : ces procédés, par suite du choc local autant que par la réaction circulatoire secondaire du côté de l'encéphale, provoquaient souvent des accidents chez les sujets à tendances congestives.

les pensionnats d'asiles. Le malade ne peut être admis en placement volontaire dans un asile public que s'il possède son domicile de secours dans le département.

Lorsque le placement est fait par les soins de l'administration et lorsqu'il y a intervention de la police, le placement est dit *placement d'office*. Dans ces conditions, le malade est soustrait à sa famille en ce sens que, voulût-elle le faire sortir, elle ne le peut pas, si le médecin constate que son état ne le permet pas, et cela aussi bien pour les asiles privés que pour les asiles publics.

Les douches, sous forme de jet horizontal sur la colonne vertébrale et les membres inférieurs, ne sont plus guère employées que dans les états maniaques chroniques et la convalescence de la manie, où elles auront une heureuse influence sur la nutrition générale.

2° *Bains prolongés.* — Si les douches, données avec discernement, peuvent être quelquefois suivies d'effets satisfaisants, dans certains états maniaques chroniques, le moyen le plus rationnel et le plus inoffensif de modérer l'agitation des maniaques aigus consiste dans le bain tiède prolongé. Le bain sera administré à une température de 30° environ, de façon à produire un effet tonique en même temps que calmant et à ne pas débiliter l'organisme, ainsi que pourrait le faire un bain chaud.

La durée sera d'une, de deux, quatre six et même huit heures suivant le degré de l'excitation, et, pendant ce temps, on fera constamment sur la tête des applications froides, sous forme de lotions à l'éponge, de compresses imbibées d'eau froide.

Certains médecins ont préconisé dans le traitement de la manie aiguë des bains très prolongés, de douze à seize heures. On n'a pas craint même de prolonger ces bains pendant quarante-huit et soixante-douze heures. Brière de Boismont laissait ses malades au bain pendant dix et douze heures, en ayant soin de leur faire couler en même temps sur la tête un courant d'eau froide sans pression. A l'aide de ce moyen, il prétendait guérir toutes les formes aiguës de la folie en dix ou quinze jours. Cette méthode est rejetée à l'heure actuelle comme pouvant déterminer une violente prostration du côté du système nerveux et des accidents quelquefois mortels. Les bains prolongés conviennent surtout aux maniaques jeunes et vigoureux, dans les cas de manie récente et franchement aiguë : on peut alors les répéter tous les jours.

Au bout d'une ou deux heures de séjour dans l'eau, quelquefois davantage, les malades commencent à sentir les effets

sédatifs du bain, à se calmer, à cesser de crier. Il ne faudra pas oublier d'alimenter le malade pendant tout le temps du bain comme s'il était dehors.

Chez les maniaques âgés et affaiblis, on restreindra la durée et le nombre des immersions.

Les baignoires qui servent à donner des bains à des malades agités sont recouvertes par une sorte de tablier en cuir retenu aux bords de la cuvette par une armature spéciale et garni d'un bourrelet au niveau du trou par lequel passera le cou du malade; de la sorte le maniaque peut être maintenu facilement et sans violence dans sa baignoire et peut remuer à sa guise, sans projeter l'eau hors de sa baignoire.

Mais ce dispositif, du reste indispensable, n'est pas sans présenter de sérieux inconvénients dus à la difficulté qu'il y a à s'assurer de la température de l'eau, lorsque la baignoire est ainsi recouverte, et comme, dans un bain prolongé, il faut renouveler fréquemment l'eau chaude, il suffit d'une erreur de l'infirmier, d'une négligence, pour laisser le robinet d'eau chaude ouvert et brûler le malade.

Pour peu fréquents que soient de pareils accidents, ils sont encore trop nombreux : le seul moyen de les éviter est de ne mettre à la disposition de l'infirmier que de l'eau à une température égale ou très peu supérieure à celle que doit avoir le bain.

Pour cela deux moyens peuvent être employés : 1° ne chauffer l'eau qu'à la température strictement nécessaire, problème résolu par l'emploi de certains chauffe-bains à gaz, lesquels peuvent rendre de grands services pour une installation particulière; 2° prendre l'eau chaude telle qu'elle se trouve dans les réservoirs, c'est-à-dire à une température variant de 50° à 100°, la mélanger à une quantité d'eau froide suffisante pour que la température du mélange résultant soit un peu supérieure à celle du bain, de façon à compenser le refroidissement dans les conduites et à n'envoyer que cette eau mitigée dans la conduite qui alimente la baignoire. On a inventé, pour une pareille installation, des mélangeurs de

l'eau chaude et de l'eau froide dans le réservoir et des régulateurs de température réglés de façon à s'opposer à l'arrivée de l'eau chaude au-dessus d'une température donnée. Pour plus de sécurité, car tout appareil automatique, même le mieux construit, est sujet à se déranger, on a proposé[1], pour contrôler le fonctionnement du mélangeur, de mettre sur ce mélangeur un indicateur de température à cadran avec avertisseur électrique. Dès que la température de l'eau atteindrait un maximum ou un minimum que l'on ne doit pas dépasser, une sonnerie électrique se mettrait à tinter et avertirait l'infirmier.

Alors que les bains tièdes conviennent surtout à l'excitation cérébrale aiguë, c'est-à-dire aux états de congestion active, certains auteurs considèrent les bains froids comme très utiles dans les formes prolongées, pour obtenir une réaction psychique.

Les bains froids ont une température de 20°, 17°, 15° même et une durée de huit à dix minutes, avec application de glace sur la tête. Pendant et après le bain, on donnera un peu de vin au malade ; puis frictions et repos au lit.

3° *Enveloppements mouillés.* — Enfin, les enveloppements mouillés peuvent être utiles dans beaucoup de cas, lorsque manque une installation permettant de donner des bains prolongés.

La technique de l'enveloppement mouillé est des plus simples : on dispose sur un lit de sangle garni d'un matelas deux couvertures de laine par-dessus lesquelles on étend un drap qui vient d'être trempé dans l'eau de 8° à 12°, puis fortement tordu. Le malade est placé nu sur le drap après avoir été aspergé rapidement de quelques gouttes d'eau froide, afin que le saisissement soit moins violent; puis on l'enveloppe, en interposant un pli du drap entre les jambes et d'autres plis entre les bras et le corps de manière que toute la surface de la peau soit en contact avec le drap mouillé.

1. Commission de surveillance des asiles de la Seine, procès-verbal de la séance du 7 juin 1894.

On replie ensuite les couvertures sur le malade, en serrant assez fortement pour que le contact soit immédiat. On obtiendra les effets toni-sédatifs de l'enveloppement mouillé en laissant le malade dans le drap de dix à vingt minutes. Si on prolonge l'application de l'enveloppement au delà de ces limites, on voit peu à peu apparaître des effets sudorifiques, surtout si l'on prend la précaution de faire boire abondamment le malade.

Le drap mouillé peut être aussi prolongé pendant deux, trois heures et même davantage chez les adultes jeunes et vigoureux et donne alors des effets sédatifs puissants; il sera bon, dans certains cas, d'envelopper les pieds et la moitié des jambes dans une botte d'ouate saupoudrée de farine de moutarde.

C. — TRAITEMENT PHARMACEUTIQUE

L'excitation physique et intellectuelle, l'insomnie opiniâtre qui caractérisent les états maniaques mettent de suite au premier plan l'intervention des sédatifs du système nerveux.

Ce n'est toutefois qu'avec une certaine réserve qu'il faudra recourir à cette intervention.

En effet la manie aiguë franche est une maladie à évolution régulière dont il est inutile de vouloir enrayer la marche : il suffit souvent que le malade soit sorti de son milieu habituel, qu'il soit soumis à une hygiène régulière, qu'il s'alimente d'une façon suivie, qu'il ait une vie tranquille, pour le voir, du fait même, se calmer.

Mieux vaut alors s'en tenir aux pratiques inoffensives de l'hydrothérapie que d'employer des médicaments dont l'action énergique peut être un danger et que le malade ne prend souvent qu'avec difficulté.

Dans certains cas, cependant, une intervention thérapeutique énergique s'impose, soit que l'agitation devienne excessive, soit que la maladie paraisse s'arrêter dans sa marche et

semble vouloir s'établir à l'état chronique. Il ne faut pas alors perdre de vue que si les maniaques présentent, en général, une tolérance remarquable à l'action des médicaments, on ne doit cependant pas se laisser aller à une aveugle confiance dans l'administration des calmants, car les exceptions à cette règle sont loin d'être rares; aussi est-il indiqué d'agir par tâtonnement, de commencer par des doses modérées.

1° Sédatifs.

A. *Opiacés.* — Les opiacés tiennent encore une place importante parmi les médicaments sédatifs.

Une façon commode de donner l'opium est de l'administrer sous forme de laudanum à doses progressives, en commençant par XV gouttes, puis en augmentant chaque jour la dose d'une goutte jusqu'à 4, 5 et même 10 grammes par jour.

L'extrait d'opium a été donné à doses progressives allant jusqu'à la dose de 20 à 50 centigrammes.

Les injections de morphine ne donnent pas, dans la manie, de résultats satisfaisants. De plus, chez certains individus, les propriétés excitantes de la morphine restent prédominantes lorsqu'on emploie les doses thérapeutiques, si bien que le médicament agite au lieu de calmer. Enfin, ce médicament présente le danger de provoquer des habitudes morphiniques dont il est difficile de se débarrasser.

La médication opiacée est contre-indiquée chez les malades dont les vaisseaux sont en mauvais état, toutes les fois qu'il y a des tendances à la congestion cérébrale, par exemple dans les états maniaques dépendant de la paralysie générale, et chez certains maniaques dont la face est congestionnée et vultueuse; dans ces cas, l'opium aurait plutôt tendance, en favorisant le mouvement congestif vers la tête, à augmenter l'incohérence des idées, la violence de l'agitation.

D'après les préceptes formulés par Marcé, c'est au déclin de l'état maniaque que l'opium devient très utile; administré à doses progressivement croissantes, il ramène le sommeil,

il agit comme un véritable tonique du système nerveux, dont il régularise toutes les fonctions.

Les opiacés paraissent aussi particulièrement indiqués quand un état passionnel se trouve au fond de l'état maniaque.

B. *Chloral.* — L'hydrate de chloral est un hypnotique qui peut rendre de grands services ; c'est même encore, à part certaines contre-indications, le meilleur peut-être des hypnotiques.

Son mauvais goût peut être masqué en l'incorporant à du sirop de menthe ou de fleurs d'oranger ; on peut, de plus, l'introduire par la voie rectale, lorsque l'administration par la bouche est rendue difficile en raison du délire ou de l'agitation, à la dose de 2 à 3 grammes.

L'action perturbatrice sur le tube digestif qu'on l'a accusé de déterminer, ne se produit que rarement, quand on le donne trois ou quatre heures après le repas du soir et que le régime du malade est riche en azote ; la diarrhée, si elle se produit, cède rapidement aux astringents sans qu'on ait à suspendre l'hypnotique. Mais à côté de qualités des plus sérieuses, le chloral présente quelques inconvénients : tout d'abord, l'accoutumance se produit très vite ; mais surtout, en raison de son action dépressive sur le cœur, on doit le rejeter dans l'adynamie cardiaque. C'est pour avoir enfreint cette contre-indication qu'on a pu constater quelques cas de mort subite après son ingestion chez des cardiaques.

C. *Bromure de potassium.* — Ce médicament, quoique infidèle parfois, peut cependant être utilisé avec fruit. Une excellente méthode, employée par M. Magnan, consiste à associer le chloral au bromure dans deux potions différentes, le bromure au dîner à la dose de 3 à 5 grammes, le chloral après le coucher ; l'association de ces deux médicaments produit des résultats que l'on n'obtient pas par leur administration séparée ; dans ces cas, 2 grammes de chloral suffisent pour donner du sommeil la nuit.

Le bromure de potassium peut être particulièrement indiqué dans certains accès maniaques où se rencontre un

élément sexuel, soit comme idée délirante, soit comme impulsion à la masturbation

Le bromure de potassium trouvera aussi son indication dans certains états maniaques de nature épileptique. Il a paru produire, enfin, de bons effets dans certains cas de manie intermittente.

D. *Digitale.* — La digitale a été vantée autrefois comme un véritable spécifique de la manie ; elle n'est plus guère employée aujourd'hui avec raison, car c'est un agent infidèle ; elle trouverait plus particulièrement son indication lorsqu'il existe un surcroît d'activité de la circulation et des battements tumultueux du cœur.

E. *Ergotine.* — L'ergotine a été préconisée dans les cas de manie grave avec congestions intenses.

A côté de ces calmants, connus de longue date, ont pris place des succédanés dont le nombre s'est singulièrement accru au cours de ces dernières années.

F. *Hyosciamine.* — *Hyoscine.* — L'hyosciamine a d'abord été employée, mais on lui a préféré l'hyoscine, alcaloïde que Ladenburg a trouvé dans les eaux mères servant à la préparation de l'hyosciamine. L'hyoscine, employée ordinairement sous forme de chlorhydrate, est un sédatif puissant qui sera d'un grand secours quand on est appelé à donner des soins à un maniaque loin d'un asile, et qui sera parfaitement indiqué dans certains états maniaques avec prédominances d'impulsions motrices ; en effet, le chlorhydrate d'hyoscine est en quelque sorte le spécifique du syndrome agitation (Magnan), et l'on est toujours assuré avec lui de calmer, passagèrement du moins, un maniaque, et de lui procurer quelques heures de sommeil. M. Magnan emploie ordinairement la solution suivante :

℞ Chlorhydrate d'hyoscine.	5	centigr.
Eau distillée de laurier-cerise	2	grammes.
Eau distillée	23	—

M. s. a.

Une demi-seringue de Pravaz de cette solution renferme un milligramme d'hyoscine.

Lorsqu'on injecte 1 milligramme de chlorhydrate d'hyoscine à un maniaque en pleine agitation, il se produit un apaisement graduel : la démarche devient d'abord titubante, les mouvements mal coordonnés ; la loquacité diminue, puis la faiblesse musculaire et l'incoordination motrice obligent le malade à se coucher.

La voix s'éteint peu à peu, et au bout de vingt à vingt-cinq minutes survient un sommeil qui dure de cinq à dix heures. Au réveil, le malade reste calme quelques instants, puis quand l'action du médicament est épuisée, l'agitation et la loquacité reviennent aussi intenses qu'avant l'injection.

C'est dire que ce médicament, si actif pour calmer l'agitation maniaque, ne semble pas avoir sur elle d'action curative marquée ; il sera surtout utile pour rendre possible le transport des fous furieux.

Au sujet de l'action immédiate même de l'hyoscine, il paraît y avoir des différences individuelles très notables qui commandent une grande prudence dans l'emploi thérapeutique de ce médicament dangereux ; aussi faut-il tâter la susceptibilité des malades en commençant par des injections d'un demi-milligramme, et même d'un quart de milligramme. Enfin, comme pour la plupart des hypnotiques, l'accoutumance s'établit au bout de peu de temps.

G. *Paraldéhyde.* — La paraldéhyde donne un sommeil qui ressemble au sommeil naturel ; elle est absorbée très rapidement par la voie buccale, et le sommeil survient quelquefois au bout de cinq minutes.

Cet hypnotique a réussi dans des cas où le chloral avait échoué ; il a pu être administré sans inconvénient aux cardiaques et aux malades affaiblis ; il peut donc être prescrit dans les cas où le chloral est contre-indiqué. On l'administre à la dose de 2, 6 et même 10 grammes, en commençant par une faible dose, en raison de l'accoutumance, prompte à s'établir. Ce médicament a malheureusement une odeur désagréable qui rebute les malades, et il est souvent nécessaire de le faire prendre en lavement.

D'autre part, ce corps s'élimine par l'urine et par l'haleine; or, ce dernier mode d'élimination constitue un autre inconvénient de l'emploi de cette substance, les malades répandant autour d'eux une odeur désagréable qui gêne les voisins, et qui persiste parfois pendant vingt-quatre heures.

Pour masquer un peu le goût, on peut incorporer la paraldéhyde dans une potion, par exemple celle que formule Audhoui :

℞ Paraldéhyde		2 à 4 grammes.
Eau de fleurs d'oranger. .	ââ.	30 grammes.
Hydrolat de menthe. . . .		
Sirop de gomme		25 —

F. s. a. potion.

Cancalon et Maurange donnent la formule suivante pour injections hypodermiques :

℞ Paraldéhyde	50 grammes.
Essence de menthe.	X gouttes.
Huile d'olive. . . Q. s. pour faire	100 cent. cubes.

M. s. a.

Un à cinq centimètres cubes comme hypnotique.

(LANGRENTIER et STRUBICH.)

H. *Sulfonal.* — Très recommandé par quelques auteurs, fort critiqué par d'autres, le sulfonal a cependant acquis droit de cité parmi les hypnotiques. Il n'a ni goût ni odeur; à la dose de 1 à 3 grammes, il procure le calme, puis le sommeil au bout d'une heure et demie à quatre heures. L'insolubilité du médicament en rend l'absorption lente, de sorte que souvent l'effet hypnotique se prolonge plus longtemps qu'avec les autres hypnotiques.

Le sommeil est calme, d'une durée d'une heure environ.

Kast recommande de le prendre, très finement pulvérisé, dans 200 centimètres cubes de liquide chaud et, de préférence, dans du lait ou du bouillon au moment du repas du soir; l'acide chlorhydrique, les peptones et les sels de l'estomac en facilitent ainsi la dissolution.

Administré de cette façon, le sulfonal ne provoquerait qu'exceptionnellement des troubles du côté du tube digestif. Un usage prolongé du médicament serait sans inconvénients, même chez les cardiaques.

Toutefois, comme tout médicament actif, le sulfonal peut offrir dans son emploi des inconvénients, et même des dangers : troubles gastriques, céphalalgie, semi-coma, troubles moteurs. On a même signalé cinq cas de mort.

Si entre les mains de certains auteurs (Julia, Ruschervegh) le sulfonal a donné de bons résultats dans le traitement des états maniaques, il n'en a pas toujours été de même, et M. Marandon de Montyel cite plusieurs observations peu en rapport avec les avantages décrits du sulfonal. Ces différences dans les résultats tiendraient, d'après M. Julia, dans l'infériorité du sulfonal français par rapport au sulfonal allemand, beaucoup plus pur.

En somme, jusqu'à nouvel ordre, ce médicament ne paraît pas devoir remplacer avec avantage le chloral comme agent sédatif.

I. *Méthylal.* — Le méthylal a été très discuté aussi comme hypnotique. D'après M. Marandon de Montyel, ce ne serait qu'un hypnotique faible, qui procure plutôt un supplément de repos qu'il n'impose celui-ci à l'organisme rebelle.

La dose active est de 1 à 4 grammes. Inférieur au chloral, il peut devenir indiqué chez les malades porteurs d'une maladie de cœur.

Dujardin-Beaumetz donne la formule suivante contre le délire aigu :

℞ Méthylal	1	grammes.
Sirop de groseilles	40	—
Eau distillée	10	—

M. s. a.

J. *Duboisine.* — La duboisine, administrée par voie hypodermique sous forme de sulfate, s'est révélée comme un excellent sédatif, capable d'apaiser dans tous les cas l'agitation

maniaque et, très souvent, de substituer une tranquillité absolue à la surexcitation la plus violente.

Pour éviter l'apparition rapide de l'accoutumance, M. Marandon de Montyel recommande de l'employer à doses interrompues dans la manie aiguë ; il conviendrait de débuter par des doses quotidiennes assez fortes, 2 milligrammes au minimum, à 3 milligrammes au maximum.

Dans la manie aiguë, la duboisine paraît moins active que dans la manie chronique ; dans cette dernière affection, on peut la prescrire à doses continues.

Malheureusement, chez presque tous les sujets, et en particulier dans les états maniaques au cours de la paralysie générale, la duboisine, malgré un régime spécial très réconfortant, a exercé une influence nocive très active sur les échanges nutritifs, ce qui paraît devoir être une contre-indication formelle à son emploi longtemps continué.

K. *Hypnal.* — L'hypnal, combinaison du chloral et de l'antipyrine, paraît réunir les propriétés thérapeutiques de ces deux médicaments importants. L'hypnal s'administre à la dose de 1 à 2 grammes ; les phénomènes observés se rapprochent beaucoup de ceux qui sont produits par le chloral, mais l'hypnal a sur ce dernier l'avantage de n'avoir aucun goût désagréable, et de pouvoir être administré assez longtemps sans provoquer d'intolérance gastrique.

L. — On a signalé aussi comme pouvant rendre des services dans le traitement pharmaceutique des états maniaques l'uréthane, l'hydrate d'amylène, le chloralose, mais les résultats obtenus ne sont pas tels, jusqu'à nouvel ordre, qu'on puisse en conseiller l'emploi.

En résumé, les nouveaux médicaments dont il vient d'être question présentent tous des propriétés indéniables ; sont-ils tous acquis définitivement à la thérapeutique ? il serait prématuré de l'affirmer.

Leur nombre pourrait sans doute être moindre, mais, en somme, il y a certain intérêt, en cas d'insuccès d'un médicament, à ne pas rester désarmé et, dans certaines circonstances,

on appréciera l'avantage de connaître des agents qui, presque tous synergiques, peuvent se substituer l'un à l'autre, et même s'entr'aider.

2° Médication tonique.

La surexcitation de l'activité psycho-physique entraîne rapidement l'usure des éléments nerveux, et les déchets en phosphates sont abondants quand la vie nerveuse se développe outre mesure. Il faut donc, par une médication tonique appropriée, subvenir aux forces organiques qui s'épuisent, et au renouvellement intégral des tissus.

C'est dire en même temps qu'il faut se montrer très réservé dans l'emploi des médications spoliatrices, et que les *saignées*, si employées par les anciens, sont contre-indiquées dans les états maniaques. A peine pourra-t-on songer, chez certains sujets congestionnés, à recourir à quelques applications de *sangsues* et de *ventouses*.

Les *révulsifs* ont aussi perdu de leur ancienne importance. on pourra cependant, dans certains cas de manie chronique voisine de la démence, et chez des sujets vigoureux, appliquer un cautère ou un séton.

3° Purgatifs.

Il existe quelquefois, au début de la manie, un état saburral des voies digestives qui nécessitera l'emploi de purgatifs. Une dérivation sur le tube digestif pourra encore être indiquée lorsqu'il y aura tendance aux poussées congestives vers le cerveau.

D. — TRAITEMENT HYGIÉNIQUE

Le régime et l'hygiène jouent un rôle important dans le traitement de la manie.

1° Alimentation.

Tout d'abord une *alimentation* abondante, de digestion facile, riche en albumine et en hydro-carbures, doit être donnée aux malades pour satisfaire leur appétit, en général très développé. En cas de complication fébrile, la diète lactée pourra rendre des services.

On voit quelquefois des maniaques, au cours de leur délire, refuser toute nourriture, sous l'influence d'une idée délirante, crainte d'empoisonnement, illusions, hallucination sensorielle, etc. Bien que rarement ce refus soit de longue durée, on peut être obligé à recourir, pendant un temps plus ou moins long, à l'alimentation à la sonde, sous peine de voir le malade s'affaiblir rapidement. Inversement la boulimie ordinaire des maniaques doit être surveillée : mieux vaut leur donner des repas fréquents et peu de nourriture à la fois.

Il faut écarter toutes les boissons excitantes, aussi bien les boissons fermentées que les boissons distillées; le lait, l'eau, les limonades, les infusions sont les boissons les plus utiles.

2° Vêtements.

Les maniaques seront pourvus de vêtements convenables suivant la saison : pour peu sensibles, en effet, que soient ces malades aux variations de température, ils n'en sont pas pour cela à l'abri des effets que ces dernières peuvent produire sur le corps humain.

Un point capital est que le maniaque ait dans ses vêtements toute facilité de donner un libre cours à son besoin irrésistible de mouvement. C'est dire que tous les moyens de contention, entraves aux pieds et aux mains, camisole de force, fauteuil de force, etc., doivent être supprimés d'une manière absolue : c'est là la véritable prophylaxie à opposer aux complications de la manie, entre autres la fureur maniaque.

La camisole de force est plus nuisible encore quand, dans

le cours de la maladie, survient la fièvre, signe précurseur d'un délire aigu ou syndrome d'une complication organique. Dans ces cas, on peut presque dire que tout maniaque fébricitant que l'on camisole est un homme mort (Magnan).

Dans certains cas les maniaques déchirent sans merci tous leurs vêtements, s'égratignent sans cesse ou se livrent à la masturbation d'une façon continue; parfois aussi, en proie à une excitation des plus violentes, ils n'ont plus conscience de leurs sensations internes et gâtent ou même trouvent une inexprimable satisfaction à se barbouiller de leurs excréments et à vivre dans l'état de la plus affligeante dégradation. Ces complications de l'excitation maniaque imposent des modifications spéciales au vêtement. Dans ces conditions, si on ne dispose pas d'un nombre suffisant de personnes pour exercer sur le malade une contrainte manuelle de tous les instants, on peut recourir avec avantage à l'usage du maillot de force. Ce dernier, qu'il ne faut pas confondre, malgré l'analogie du nom, avec la camisole de force, est un vêtement complet, pour le buste et les jambes, fait tout d'une pièce avec de forte toile et fermé dans le dos.

Les manches de ce vêtement, fort longues, peuvent être fermées en emprisonnant la main et, au besoin, être attachées au maillot, au niveau de la partie externe de la cuisse : de la sorte les bras restent parallèles à l'axe du corps, la poitrine conserve son libre jeu respiratoire et le malade, libre d'aller et de venir, peut encore faire certains mouvements des mains et des bras, dans des manches suffisamment amples; mais il se trouve dans l'impossibilité soit de se masturber, soit de se déchirer. Quelque inoffensif que soit ce maillot de force, il ne sera employé que sur l'avis seul du médecin.

Aux malades qui se déchaussent sans cesse et déchirent leurs souliers, on mettra des demi-bottines dépassant les malléoles et fixées autour de la jambe par une lanière de cuir fermée par un boulon.

3° Habitation.

Les maniaques coucheront dans des dortoirs vastes, largement aérés, et dans lesquels un veilleur exercera une surveillance constante. Ils seront, pendant la plus grande partie de la journée, maintenus en plein air dans de grandes cours où ils puissent à leur aise marcher, gesticuler, déclamer.

L'isolement cellulaire devient, dans quelques circonstances, d'une nécessité absolue, en particulier chez certains maniaques épileptiques que leurs accès de fureur rendent extrêmement redoutables : la cellule sera en communication directe avec une cour spéciale pour le malade isolé, et ce dernier sera, dans la journée, laissé au grand air tout le temps que l'état de l'atmosphère le permettra. La séquestration cellulaire doit être surveillée attentivement, ne durer que le moins possible et être employée concurremment avec les autres moyens propres à abréger la période d'agitation et à diminuer, par cela même, le temps de la séquestration.

L'isolement cellulaire paraît devoir céder d'ici peu la place au régime du « séjour au lit ».

Depuis quelques années, en effet, on s'est beaucoup occupé en Allemagne, en Russie, en Suisse, en Hollande et tout récemment en France du régime hospitalier du séjour au lit pour les formes aiguës de la folie et notamment pour la manie.

Le maniaque placé au lit continue naturellement à s'agiter ; il jette son oreiller, son traversin, repousse les couvertures, les draps, se lève fréquemment. Mais au bout de deux ou trois jours, tout en restant agité, il finit par ne plus quitter le lit ou, s'il en sort, il se recouche promptement lui-même sur une simple injonction.

Les malades gardent, grâce à l'influence de l'imitation, à la mise en scène de l'hôpital, leurs qualités humaines qui dégénèrent vite dans l'emprisonnement solitaire des cellules ; le gâtisme par terre, compagnon indispensable du séjour dans

les cellules, arrive à disparaître complètement, ainsi que le barbouillage avec les excréments et l'urine; le gâtisme au lit se réduit au minimum et disparaît si l'on prend soin de mener à temps les malades à la garde-robe.

Alité, le maniaque, dès qu'il s'endort, éprouve un vrai repos, et ces moments de sommeil sont tout à fait réparateurs. Au réveil il se remet à parler, à gesticuler, le plus souvent il s'assied dans son lit et, sans en descendre, il donne par les mouvements de ses bras, de sa tête et de son corps, satisfaction au besoin de mouvement qui le domine.

Dans les cas d'agitation considérable et bruyante, le malade est couché, la nuit seulement, dans une chambre isolée, contiguë au dortoir.

Le système de l'alitement des aliénés ne fait qu'apparaître sur l'horizon de la thérapeutique mentale. Quelle que soit l'influence du « séjour au lit » sur la durée des psychoses aiguës et jusqu'à présent la durée n'en a pas paru beaucoup diminuée, ce système possède le mérite indiscutable de procurer la possibilité de renoncer à l'isolement cellulaire des aliénés.

En effet, dans tous les services où l'alitement des maniaques a été mis en pratique, les cellules sont devenues totalement inutiles, absolument inoccupées.

Il y a dans ce fait de la suppression de la cellule une question non encore résolue d'une façon absolue, mais du plus haut intérêt, tant au point de vue du traitement humanitaire de l'aliéné qu'à celui de l'organisation des asiles.

4° Exercice.

Aussitôt que l'agitation s'atténue et que le maniaque commence à présenter quelques moments de calme relatif, on pourra diriger son besoin exagéré de mouvement et l'utiliser pour les travaux domestiques, surtout pour les travaux au grand air.

On ne pourrait trop vanter, en effet, les avantages de la

vie au grand air dans le traitement de l'excitation maniaque : il est étonnant de voir avec quelle rapidité l'exercice musculaire prolongé au grand air fait disparaître les tendances les plus désagréables de l'excitation maniaque, et notamment le besoin de faire du tapage, qui est une cause de trouble pour tous les habitants d'un asile.

Quelques heures de travail manuel au grand air remplaceront avec avantage tous les médicaments destinés à provoquer le sommeil et à stimuler l'appétit.

5° Hygiène intellectuelle et morale.

Les rapports avec le malade doivent être bienveillants mais fermes. Le médecin doit éviter toute opposition, conserver toujours une patience tranquille, être net et précis dans ses prescriptions et dire toujours la vérité afin de n'avoir pas à se contredire. Si le raisonnement n'exerce aucune influence sur l'esprit de l'aliéné tant que l'affection est stationnaire, dans la période de décroissance, au contraire, de sages conseils, des observations justes et fondées, peuvent impressionner favorablement le malade, gagner sa confiance et faire crouler l'échafaudage des idées délirantes. Toutes les fois que cela est possible, il faudra réveiller chez le malade le sentiment des convenances, et si la conscience devient plus lucide, on peut parfois agir sur elle par des remontrances.

Le traitement moral doit être particulièrement appliqué comme discipline et pédagogie médicale dans les manies chroniques et les manies avec affaiblissement intellectuel où ce traitement est la principale ressource thérapeutique.

Lorsque l'état maniaque sera en décroissance, rien n'aura plus d'action, pour opérer une dérivation sur les facultés et les sentiments de l'aliéné, que l'étude modérée, les occupations et distractions scientifiques, la musique vocale et instrumentale. Enfin, lorsque le malade est en pleine convalescence, les promenades, les voyages peuvent être considérés comme d'utiles compléments du traitement.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT DES DÉLIRES DE PERSÉCUTION

(DÉLIRE CHRONIQUE ET DÉLIRES DES DÉGÉNÉRÉS)

PAR

V. MAGNAN ET A. PÉCHARMAN

De l'Académie de médecine. Médecin des asiles d'aliénés de la circonscription de Paris.

I

Considérations cliniques.

Si l'on songe à la somme de douleurs morales que soulèvent chaque jour les heurts de la vie, on comprend combien doivent être fréquentes les idées de persécution. Peu de sujets cependant s'abandonnent aux suggestions morbides de leurs états intellectuels ou affectifs. C'est que le fait de verser dans la folie suppose autre chose que la simple évocation d'une idée fausse. Pour qu'un sujet attribue sans examen à des paroles insignifiantes, à des gestes fortuits, à la toux d'un passant, à un article de journal, aux termes d'une affiche, une signification malveillante, pour qu'il rapporte tout naturellement de vagues sensations névralgiques à un empoisonnement, à un maléfice, il faut bien que son appareil cérébral soit à la fois hyperexcitable et lésé.

Ces conditions apparaissent assez nettement dans les intoxications, les démences organiques, les ictus névrosiques.

Lorsque des idées de persécution s'observent chez un alcoolique, un paralytique général, un épileptique en état de mal, on les rattache directement à l'état morbide immédiat et tangible ; dans bien des cas cependant elles ne sont que les fruits d'aptitudes vésaniques antérieures, mises au jour par l'alcool, la lésion ou l'ictus. Mais l'état provocateur domine en général la scène, et les idées de persécutions qui lui empruntent leurs caractères passent au second plan.

Or il est des cas dans lesquels ces conceptions délirantes font à elles seules tous les frais de la maladie ; si bien qu'à ne les considérer que du point de vue extérieur, elles paraissent constituer une entité morbide bien définie, une monomanie, comme on disait naguère, le *délire des persécutions*.

Mais, à un examen plus approfondi, on voit que, dans un premier groupe de faits, ce délire primaire et partiel se rattache manifestement à une base morbide antécédente et généralisée à la *dégénérescence mentale*.

A. — DES DÉLIRES DE PERSÉCUTION DES DÉGÉNÉRÉS

Nous n'avons à exposer ici ni les déterminants étiologiques de la dégénérescence, ni l'état mental qui la caractérise essentiellement. Nous rappellerons seulement que cet état mental se résume en un mot : la *déséquilibration* de l'esprit, et qu'il reconnaît pour causes l'arrêt de développement de certains centres et parfois l'hypertrophie de certains autres. Au fonctionnement normal se sont substituées des anomalies du fonctionnement, dont les aspects cliniques varient à l'infini suivant la localisation et l'intensité des troubles du développement cérébral.

Sur cet état mental primitif, peuvent s'établir, en effet, des situations contingentes épisodiques, fixes, réductibles à l'obsession, à l'impulsion, à l'inhibition conscientes et douloureusement angoissantes (*stigmates psychiques*).

De la même base morbide peuvent sortir à leur tour des *hallucinations* et des *conceptions délirantes*.

L'observation clinique nous apprend qu'un grand nombre de ces délires ont pour principal caractère d'apparaître brusquement, sans préparation aucune, et de disparaître de même. Le délire peut n'être formé que par un seul ordre de conceptions (de persécution ou de grandeur, ou mystique, etc.,) ou au contraire se montrer *polymorphe, protéiforme*. Il peut demeurer purement intellectuel, être le produit d'idées tantôt fixes, tantôt mobiles, ou au contraire être fait d'hallucinations multiples qui amènent parfois une grande confusion mentale et étouffent toute systématisation.

A côté de ces formes aiguës, éphémères, la clinique nous montre d'autres formes, élevées aussi sur fond dégénératif, mais plus cohérentes, plus limitées, et qui se prolongent parfois indéfiniment.

Ce sont les caractères de ces types morbides que nous allons rapidement esquisser. Mais les dégénérés chez lesquels on observe des idées de persécution systématisées sont si nombreux et si variables, qu'une répartition de ces malades en espèces tranchées est à peu près impossible. Sans doute, comme nous l'allons voir, la déséquilibration basale imprime aux délires qui se développent au-dessus d'elle des caractères communs de genèse et d'évolution, mais les éléments mis en jeu (conceptions délirantes, hallucinations) dans cette genèse et dans cette évolution, diffèrent avec chaque dégénéré délirant, avec, sans doute, chaque degré et chaque forme de la déséquilibration. On peut cependant établir deux grandes divisions suivant que les hallucinations ne jouent aucun rôle ou jouent un rôle épisodique et secondaire dans la genèse et la systématisation du délire, ou qu'au contraire les troubles sensoriels dominent la scène, et dirigent le délire. Si nous ajoutons maintenant que ces deux classes empiètent fréquemment l'une sur l'autre ; que, dans chacune d'elles, des idées de grandeur, hypochondriaques, religieuses, etc., se mêlent bien souvent aux idées de persécution, que, dans chacune d'elles, les phénomènes morbides se développent avec une remarquable rapidité, nous aurons un

ensemble de caractères qui rapprochent singulièrement ces formes prolongés et systématisées des formes aiguës non systématiques.

1° *Formes surtout intellectuelles, idéatives.* — Du cadre de ces formes nous éliminerons tout d'abord les *persécutés persécuteurs*, dont le délire est surtout un délire de *réaction*, un délire d'actes, par suite d'une exagération paroxystique de tendances intellectuelles et morales défectueuses (*manie raisonnante* et *folie morale*). Le point de départ des revendications de ces sujets est souvent un fait exact; mais la disproportion est complète entre la futilité du motif invoqué et la brusque intensité de la réaction. Dans cette soif de vengeance à laquelle ils sacrifient tout, est le stigmate pathologique de ces sujets. Ceux-ci sont donc d'abord et avant tout des persécuteurs; ils paraissent n'obéir qu'à l'idée de se faire justice; ils n'ont pas d'hallucinations; ils n'évoluent pas.

Par ces traits cliniques, ils se rapprochent de véritables délirants systématiques qui, sans doute, passent souvent à la réaction agressive, mais qui sont d'abord et avant tout des persécutés. Ce sont ces sujets que nous avons en vue dans ce paragraphe.

Chez ces malades, un mot, une phrase banale, un incident fortuit servent de point de départ au délire. Une logique absurde en tire aussitôt un roman de persécution : les menus incidents de la vie journalière sont interprétés alors à la lueur de l'idée morbide; des souvenirs semblent venir la confirmer. Dès sa naissance, en effet, cette idée s'empare si complètement de la conscience du sujet qu'elle ne laisse bientôt aux associations des images et des idées qu'une voie libre, celle où il lui plaît de les engager. Elle peut d'ailleurs s'installer dès l'enfance, vers cinq, huit, dix ans, et, à mesure que de quotidiennes illusions paraissent en prouver la réalité, elle s'impose avec toute la puissance des acquisitions faites à cet âge, si bien que le plus souvent elle se fixe à jamais. Il arrive cependant que cette idée délaisse complètement le sujet, ou paraît sommeiller jusqu'au jour où des incidents nouveaux

la rappellent. Nous coudoyons à chaque instant, dans la vie, des sujets qui, sous l'influence d'un choc physique ou moral, ou même sans cause apparente, en dehors de tout trouble sensoriel, se croient brusquement l'objet d'une persécution qu'ils spécifient, qu'ils prouvent (interprétations fausses), dont ils désignent l'auteur et le but. Puis, sous l'influence d'une hygiène sévère, ou même spontanément, cette idée disparaît comme elle est venue, brusquement. Cette bouffée délirante systématisée est bien de nature à faire saisir le lien qui unit toutes les manifestations de la dégénérescence, les plus mobiles comme les plus tenaces, et elle le fait saisir d'autant mieux que ce même sujet pourra plus tard, si l'idée obsédante reparaît, la garder définitivement.

Dans les formes que nous venons de décrire, le délire ne s'alimente habituellement que d'illusions et d'interprétations délirantes; parfois, cependant, à la suite surtout de fatigues, d'écarts de régime, etc., des hallucinations apparaissent; mais ces hallucinations ne sont nullement aptes à fixer un système défini dès ses débuts; elles sont habituellement passagères, et elles ne jouent dans son évolution qu'un rôle secondaire et effacé : l'idée fixe et les interprétations délirantes en constituent la seule base.

2° *Formes surtout hallucinatoires.* — La fécondité délirante, l'individualisme vésanique du dégénéré apparaissent ici dans tout leur éclat. Voyons en effet le début de ces formes.

Après une très courte période de vague malaise, physique et moral, parfois après des préoccupations qui déjà contiennent en germe le délire, les hallucinations naissent et se développent rapidement.

Tantôt elles intéressent tous les sens. Des voix insultent, menacent, racontent d'étranges histoires auxquelles le malade ne comprend rien. Des hallucinations de la vue, des troubles de la sensibilité générale, des hallucinations psychomotrices se joignent aux hallucinations auditives. D'abord confus, désorienté, le malade est incapable de coordonner ses idées; mais bientôt les voix elles-mêmes se chargent de lui dicter

le délire, ou bien sa conscience se ressaisit et déduit les conceptions délirantes de l'ensemble d'images qui lui est présenté. Tantôt les phénomènes hallucinatoires sont plus limités ; ce sont seulement des hallucinations de l'ouïe ou des hallucinations psychomotrices. Il n'est pas enfin jusqu'aux hallucinations de la vue et aux troubles de la sensibilité générale qui ne puissent reparaître les premiers, même isolés, et servir au délire de phénomènes introducteurs.

Le développement rapide de tous ces phénomènes morbides, la complexité qu'ils atteignent en un laps de temps relativement court (quelques semaines, quelques mois au plus), l'absence de règle et de gradation dans le mode de leur apparition, l'issue de toutes les images en désordre, suivant le degré d'éréthisme de leurs centres respectifs, et, de plus, l'évocation du passé du malade, la mise au jour de sa déséquilibration, la connaissance de ses antécédents personnels et héréditaires, tels sont les éléments qui permettent d'asseoir nettement l'observation clinique et, dès les débuts, de rattacher ces faits à leur base originaire. L'étude de l'évolution du délire complète cet ensemble caractéristique.

Dans un certain nombre de cas, en effet, le délire, tout en se prolongeant, même pendant des années, garde toujours quelque chose de la confusion du début. Le nombre et la diversité des hallucinations favorisent le désordre des idées. Celles-ci peuvent encore, à vrai dire, former un système ; mais la texture embrouillée et touffue des éléments qui le composent n'en permet que bien difficilement l'analyse.

D'autres fois, au contraire, la systématisation est nette et précise. De l'ensemble des hallucinations, des associations d'idées et d'images, se dégage rapidement un complexus systématique de conceptions délirantes, qui tendent d'autant mieux à se fixer qu'elles trouvent dans les troubles sensoriels des preuves irréfutables et sans cesse renouvelées. Et si, partant de ce début rapide, on suit les manifestations délirantes à travers les années, on voit souvent que rien ne s'y ajoute : ce système est aujourd'hui ce qu'il était hier, ce qu'il a été dès son origine.

Entre ces deux types extrêmes (délire d'emblée prolongé sans systématisation, ou à systématisation incomplète, — délire systématisé d'emblée), s'étale, en clinique, une infinité de cas intermédiaires, que peuvent nuancer sans cesse le nombre, la variété, la nature des hallucinations et des conceptions délirantes.

C'est qu'un dégénéré demeure soumis, au milieu même de son délire, aux suggestions qui lui viennent de toutes parts, du milieu extérieur comme de son propre organisme (troubles de nutrition, de circulation, etc.). Et dans le cours d'un délire de persécution quelle qu'en soit d'ailleurs la forme, hallucinatoire, intellectuelle, de nouveaux épisodes de même couleur ou d'une couleur différente (états mélancoliques, hypochondriaques, etc.), peuvent brusquement s'ajouter aux premiers, se combiner avec eux ou les remplacer. Si l'on met enfin en ligne de compte les éléments que peuvent fournir au délire l'éducation, la culture intellectuelle et morale, le milieu dans lequel vit le malade, si l'on envisage d'autre part les modes de réaction, variables avec chaque individu, et qui modifient parfois si complètement l'aspect extérieur du délire, on voit bien quelle variété de formes il est donné au clinicien d'observer.

Ce polymorphisme n'est jamais aussi net que dans les cas où les *idées de grandeur* doublent les idées de persécution. Disons d'abord que ces idées de grandeur peuvent s'observer aussi à l'état isolé, sous la forme intellectuelle ou hallucinatoire, et qu'elles constituent alors un système cohérent mais très vite développé, et complètement formé dès ses débuts. Or, dans les cas où ces idées de grandeur s'associent aux idées de persécution, la genèse de ce nouveau délire est toujours également rapide. Dans les cas par exemple où le délire ambitieux paraît succéder au délire de persécution, il n'y a pas de modification lente du fonds morbide qui substitue peu à peu un délire à l'autre, par une filiation déductive à longue portée : le délire des grandeurs naît brusquement comme était né le délire des persécutions, soit d'une idée,

soit d'une hallucination. Parfois alors le délire des persécutions s'efface, laissant toute la place au délire ambitieux; parfois au contraire les deux ordres de conceptions délirantes s'entrelacent en un système mixte qui résume leur dualité, parfois enfin elles évoluent côte à côte, isolées, indépendantes, autonomes, sans jamais se connaître. Dans d'autres cas, le délire des grandeurs est le premier en date et le délire des persécutions lui succède et forme avec lui des associations semblables, comme l'on voit aussi les deux systèmes naître et grandir au même moment. Ces combinaisons sont d'ailleurs très nombreuses, et nous pourrions facilement multiplier les exemples : il nous suffira de dire que partout on retrouve ces deux grands caractères : spontanéité dans l'éclosion des idées délirantes, absence ou irrégularité de l'évolution.

Toutes les manifestations délirantes que nous venons de signaler présentent donc un ensemble de caractères communs qui nous permet d'en établir la synthèse, c'est-à-dire de les rapporter à leur base morbide vraie, à la dégénérescence mentale *une* sous des aspects *multiples*, mais analogues.

Si nous interrogeons d'ailleurs les données que nous fournit l'analyse de l'état mental dégénératif, ces caractères nous sont aussitôt expliqués. Les centres corticaux des dégénérés sont en effet éminemment excitables, et ils n'attendent que l'occasion pour exagérer les impressions qu'ils reçoivent. D'autre part, en raison de la désunion des états de conscience, de la difficulté ou de l'incohérence, des associations psychiques qui caractérisent ces déséquilibrés, les réducteurs secondaires des images font défaut ou sont très faibles. De telle sorte que les impressions issues de la réalité extérieure et intérieure (organisme) peuvent être brusquement décuplées et déformées; que les images spontanément développées à la faveur d'une exagération de l'éréthisme cérébral, peuvent naître et grandir sans être arrêtées ni réduites ; qu'ainsi toutes les suggestions conscientes ou inconscientes de la vie intellectuelle et affective peuvent devenir des occasions de délire et de délire *d'emblée*.

Ces mêmes dispositions expliquent encore la destinée ultérieure de ces délires. Les conceptions délirantes des dégénérés peuvent en effet disparaître comme elles sont nées, parfois très vite. On voit même des malades qui guérissent au bout de trois, quatre ans et plus. Mais cette guérison est toujours relative, car le fond reste d'où le délire est sorti, et d'où il pourra sortir de nouveau, si l'occasion favorable se représente (moments physiologiques de la vie, ménopause, involution sénile, affections organiques, excès, chagrins, etc.). D'ailleurs, la possibilité de la guérison est elle-même soumise aux modifications que subit, sous le choc vésanique, le mécanisme intellectuel proprement dit. Lorsque s'accentue la dissociation des idées, que l'incohérence devient manifeste, que la mémoire faiblit, dès qu'un certain degré de démence apparaît, on peut dire que ce délirant marche à l'incurabilité. Une longue suite d'années s'écoule sans amélioration même passagère, et la débâcle intellectuelle est définitivement attendue.

Tels sont les premiers types de délires systématisés de persécution que la psychiatrie nous offre à étudier. Et, comme on vient de le voir, ces délires ne sont que des symptômes d'une maladie cérébrale plus profonde.

Mais il est un autre type de délire de persécution qui semble tout d'abord ne relever que de lui-même, qui paraît bien, à un moment du moins de son évolution, représenter le délire entité des persécutions. Or ce délire fait partie d'une espèce morbide nettement définie, et à laquelle l'un de nous a donné le nom de *délire chronique à évolution systématique.*

B. — DÉLIRE CHRONIQUE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE

Le délire chronique se développe à l'âge mûr, assez souvent à la suite de chagrins et de soucis, chez des sujets souvent héréditaires, mais qui n'ont présenté jusque-là aucune anomalie intellectuelle, morale ou affective. Par l'intégrité de leur état mental avant l'éclosion de la psychose, ces sujets

se séparent nettement des dégénérés. Ils s'en séparent de même par la genèse et l'évolution de leur délire.

Les délirants chroniques sont d'abord inquiets, préoccupés. Le moindre malaise éprouvé (perte de l'appétit, léger embarras gastrique, inaptitude au travail, insomnie, etc.), devient le point de départ d'interprétations délirantes. Loin de se croire malades, ils sont déjà prêts à accuser autrui de leurs vagues souffrances. Car le monde extérieur leur paraît changé, étrange, hostile même. Ils se croient devenus le centre d'une attention malveillante, et, l'esprit désormais en éveil, ils vont, pendant trois ou quatre ans, doutant, hésitant toujours, acceptant et repoussant tour à tour les illusions et les interprétations fausses que fait naître cet état.

L'hallucination de l'ouïe surgit enfin, marquant l'entrée du malade dans la deuxième période : celle de persécution confirmée. S'il a fallu des années pour aller de l'appréhension simple à l'hallucination, il faut des années encore pour que le trouble sensoriel atteigne cette complexité que l'on observe presque à l'origine du délire chez les dégénérés (dialogue, écho de la pensée, etc.). Le malade se plaint qu'on l'insulte, qu'on l'accuse, qu'on l'outrage indignement. Puis peu à peu ce *on* indéterminé disparaît pour faire place à des persécuteurs précis : ce sont les voisins, les médecins, les jésuites, c'est la police, l'Internationale. De déduction en déduction, le malade découvre enfin l'auteur responsable de ces persécutions : armé d'une conviction qui s'impose à lui chaque jour plus ferme et plus tenace, il n'hésite plus, il se retourne après avoir fui, il se défend, il attaque. C'est qu'aussi ses ennemis ne se sont pas contentés de menaces platoniques ; ils l'ont électrisé, pilé, vitriolé (hallucinations de la sensibilité générale) ; ils l'ont violé (hallucinations génitales) ; ils lui ont soufflé d'horribles odeurs (hallucinations de l'odorat) ; ils ont cherché à l'empoisonner (hallucinations du goût). Chose remarquable, le malade ne voit presque jamais ses persécuteurs : les hallucinations de la vue ne font pas partie constituante du délire.

Mais sous la double poussée de l'âge et de la longue concentration délirante, la résistance cérébrale diminue. Et à ce moment même, au bout de 10, 12, 15 ans de délire des persécutions, le délire des grandeurs apparaît. Les malades alors changent d'allures, ils deviennent princes, empereurs, grands hommes; ils exigent des millions qui leur sont dus, ils se proclament « de race infaillible et triplement royale », etc. Ils sortent ainsi de plus en plus du possible pour entrer dans l'invraisemblable. Mais alors la dissolution des idées s'accentue encore, et le patrimoine intellectuel finit par sombrer dans la démence.

Voilà donc une psychose dont le développement ne peut être justifié par les défectuosités primitives de l'état mental. Comment dès lors expliquer son apparition, sa progression opiniâtre et fatale, sa transformation tardive.

Chez le dégénéré, nous l'avons vu, l'hyperexcitabilité et la déséquilibration de l'esprit, conséquences de dispositions congénitales, entraînent la rapide prédominance de la conception délirante. Or le délirant chronique n'entre dans la folie qu'après une très longue préparation, et il semble bien que cette première période soit le fruit d'une modification organique sourde et lente qui se traduit à la conscience sous forme d'état affectif, de malaise moral. A cet état affectif s'associe l'état intellectuel qui, dans l'équilibre de la pensée, paraît le doubler le plus logiquement : l'idée de persécution. Cette idée augmente le désarroi, l'inquiétude étonnée de la conscience, mais elle ne s'en empare pas tout de suite. Car chez ce sujet jusque-là bien équilibré, le premier pas vers l'erreur est suivi d'une réduction de l'illusion naissante. L'état affectif persiste cependant et progresse, parce qu'aussi persiste et progresse le trouble organique sous-jacent probable. Par suite d'actions et de réactions successives, l'idée de persécution se représente à chaque instant à la conscience, si bien que celle-ci fléchit peu à peu, et qu'un jour enfin, mais deux, trois, quatre ans après le début, lorsque toutes les résistances sont vaincues, lorsque l'éréthisme cérébral atteint son apogée

(hallucinations), elle fait sa reddition définitive au délire. Celui-ci se déploie alors, mais toujours lentement, progressivement, logiquement jusqu'au jour, très lointain aussi, où les associations cérébrales fléchissent.

A ce moment (dix, douze, quinze ans après), la synthèse de persécution s'ébranle. Les conceptions de caractère contraire entrent en scène, et, comme les jugements, les idées générales, les souvenirs sont amoindris, ces conceptions prennent une extension rapide. L'optimisme, une tendance à ne plus craindre ni vexations ni haines, se juxtaposent aux idées de persécution. Le moment vient enfin où ce malade, par la seule mise en jeu de son mécanisme mental, de persécuté devient ambitieux. Si alors éclate une hallucination révélatrice, elle n'est en réalité que la *formule* (Garnier) de cette sourde et nouvelle modification du fonds psychique.

En résumé, dans sa marche régulière et progressive, le délire chronique parcourt quatre stades nettement définis et qui se succèdent dans un ordre invariable : stades d'incubation, de délire des persécutions, de délire des grandeurs, de démence. C'est dire qu'ici encore le délire des persécutions n'est qu'un symptôme.

II

Traitement.

Les considérations cliniques dans lesquelles nous venons d'entrer nous ont permis d'établir que le délire de persécution est toujours un symptôme. Il faut donc, si l'on veut être conduit à la conception d'un traitement rationnel, remonter d'abord à l'affection cérébrale génératrice, aux causes qui ont produit cette affection, et enfin aux processus qui de cette affection ont pu faire surgir le délire. Or, alors même que nous possédons tous ces éléments de diagnostic, que nous savons exactement d'où procède le délire, un facteur entrave toujours notre intervention thérapeutique : c'est le facteur anatomique.

Voyons, par exemple, ce qui se passe dans les lésions circonscrites ou diffuses des centres nerveux où nous saisissons le mieux la liaison successive des éléments dont nous venons de parler. Des causes d'irritation chronique du cerveau (alcool, syphilis, surmenage, etc.), agissant dans certaines conditions, amènent une sclérose plus ou moins étendue de l'organe. A mesure que la lésion progresse, les facultés s'égrènent parallèlement. Au-dessus de cette démence peuvent enfin apparaître des épisodes délirants. Causes irritatives, lésion et démence sont trois chaînons indissolublement unis; étant données ces causes et les conditions qui favorisent leur action, la lésion anatomique suit nécessairement, étant donnée la lésion, la démence est fatale. Mais les délires, eux, sont contingents et mobiles; ils peuvent être ou ne pas être, de telle sorte que, si la démence est un de leurs facteurs nécessaires, elle n'est point leur facteur suffisant, et qu'entre la démence et le délire s'intercalent d'autres éléments (prédisposition et causes occasionnelles). Par une hygiène physique et morale soutenue, nous pouvons à la fois calmer l'irritabilité cérébrale et éloigner les causes qui ont pu favoriser l'éclosion des conceptions délirantes; dans ces conditions, le délire pourra disparaître, mais la démence persistera, car elle est sous la dépendance directe de la lésion anatomique.

Ce sont là des points qu'il était utile de signaler parce qu'ils viennent à l'appui des considérations que nous inspire l'étude du traitement des délires dans la dégénérescence mentale.

Ici nous ignorons totalement en quoi consiste ce facteur anatomique contre lequel nous sommes venus nous heurter dans les démences organiques. Mais la clinique se charge de nous instruire : par elle nous connaissons les facteurs producteurs de la dégénérescence, héréditaires ou acquis, et nous connaissons aussi le résultat des processus dégénératifs : la déséquilibration de l'esprit. Dans l'état actuel de la science, le trait d'union anatomique nous est inconnu; mais par les signes fonctionnels que nous saisissons, par leur analogie

dans toute la série dégénérative, depuis l'idiot jusqu'au dégénéré supérieur, nous sommes en droit d'affirmer qu'il y a dans les formes supérieures, comme on le constate dans l'idiotie où elles sont plus accusées, des lésions cérébrales, des anomalies de structure et de développement. Et c'est de ces lésions, encore indéfinissables, que résultent à la fois l'excitabilité cérébrale et l'incohérence des associations, d'où, à leur tour, peuvent sortir des délires. Vagues, souvent absurdes chez l'idiot et l'imbécile, dont le fonds psychologique se rapproche de celui de la démence, ils ont chez le débile et le dégénéré supérieur plus de précision et plus de tenue. Mais chez tous ces sujets, si ces délires naissent de cette base, il leur faut aussi la cause provocatrice qui les en fait surgir. Or nous ne pouvons avoir la prétention de nous opposer absolument aux caprices de la déséquilibration, ce produit d'une lésion qui est immuable et fixée et que d'ailleurs nous ne connaissons pas. Nous ne pouvons que former autour du dégénéré une sorte d'atmosphère physique et morale qui limite le plus possible les occasions du délire, et lorsque celui ci a éclaté, faire tous nos efforts pour l'atténuer et le réduire; ce que l'on obtient indirectement en calmant l'irritabilité du cerveau, surtout par une sage application des règles générales d'hygiène.

L'invalidité cérébrale, démentielle ou dégénérative, est un terrain propice, favorable au développement de toutes les floraisons délirantes. Les cerveaux valides présentent au contraire des formes simples de folie, à marche cyclique déterminée, et dans lesquelles les troubles de l'intelligence proprement dite n'ont qu'une part restreinte (manie, mélancolie, olie intermittente, certains états hallucinatoires). Cependant les délirants chroniques, dont la psychose s'étage sur un ensemble si complexe de troubles intellectuels et sensoriels, se recrutent parmi ces sujets. Mais chez eux, le délire procède d'un remaniement profond, lent et progressif, du substratum organique de la pensée, qui aboutit, en fin de compte, à l'incurabilité. Or nous ignorons en quoi consiste cette

modification cérébrale, *nécessaire* à l'établissement du délire; nous en soupçonnons à peine les causes (prédisposition et causes occasionnelles mal définies), et nous assistons à l'évolution progressive du délire dont nous pouvons, en l'absence d'une indication spécifique, atténuer seulement l'activité par un traitement symptomatique approprié.

A. — TRAITEMENT DU DÉLIRE CHRONIQUE

Le délire chronique débute, nous l'avons dit, par une longue période d'incubation. Mais il n'est donné qu'exceptionnellement à l'aliéniste d'observer et de soigner des délirants chroniques à cette période; la plupart des sujets qu'on lui présente l'ont franchie et sont déjà entrés en plein délire systématique (hallucinations auditives et idées de persécutions). C'est que l'entourage du malade ne se résout qu'avec peine à croire à la maladie; on parle d'irritation, de mauvaise humeur, de défiance; on attribue ces modifications à des chagrins, à des soucis, à des revers; et on oublie parfois volontiers qu'il y a eu des nerveux ou des aliénés dans la famille, et l'on ne songe pas ou l'on ne veut pas songer à la folie.

Une fois à la seconde période, le délirant chronique a besoin surtout de calme cérébral. Il faut donc se garder de le tyranniser moralement, de trop insister sur ses conceptions délirantes, de le traîner, sous prétexte de le distraire, dans les milieux bruyants où son irritabilité cérébrale trouve à chaque pas des occasions de s'accroître. Il faut se garder de ces modes thérapeutiques qui, sous prétexte de décongestionner le cerveau, ne font que débiliter le patient, l'irriter davantage encore et fournir des aliments à ses préoccupations pénibles. Tel est l'emploi des *saignées*, des *purgatifs*, du *tartre stibié*, des *douches* données d'une façon systématique, de ces médicaments administrés à dose massive (*bromure*, *morphine*, *chloral*, etc.) qui fatiguent le patient sans nul profit. Ce qu'il faut, nous le répétons, c'est le repos cérébral le plus complet, et on l'obtient en soustrayant le malade à toute occupation

absorbante, à tout souci, à toute émotion ; en le plaçant dans un milieu nouveau, où il est à la fois surveillé et soutenu ; en réglant soigneusement son hygiène alimentaire ; en combattant à propos les désordres cérébraux élémentaires, insomnie, surtout les troubles digestifs, circulatoires, etc., qui viendraient à se produire. Mais la plus grande difficulté est souvent de soumettre le malade à cette hygiène. Pour cela, le médecin doit agir seul, en dehors de la famille trop prête à paralyser son action ; son rôle peut ainsi se résumer : inspirer confiance au malade, se faire obéir sans brusquerie, toujours avec calme et douceur, être sobre de discussions et de critiques à l'endroit du délire, mais sans toutefois jamais cesser de le déclarer erroné et maladif, provoquer des diversions attrayantes (conversations, travail varié et facile).

Il arrive parfois à la première période et au début de la seconde que la maladie s'arrête, mais l'hygiène cérébrale doit être maintenue pendant très longtemps. Lors même, en effet, que l'inquiétude a disparu, que le calme, la gaîté, la confiance sont revenus, on n'est pas à l'abri de la rechute, qui malheureusement est trop fréquente, et la maladie suit alors sa marche progressive.

Dès que le malade devient dangereux, c'est-à-dire qu'il désigne et nomme l'auteur de ses persécutions, qu'il est disposé aux réactions violentes, il faut sans hésiter intervenir et le séquestrer, car de la menace à l'acte, il n'y a qu'un pas souvent bien vite franchi. D'ailleurs, la séquestration a le double avantage de placer le patient à l'abri des causes d'excitation qu'il rencontre au dehors et de mettre obstacle à ses agressions. Elle constitue ainsi une mesure qui sauvegarde son propre intérêt tout en assurant la sécurité publique.

A l'asile, la bienveillance, la persuasion judicieuse et mesurée, doivent présider à tous les rapports du médecin avec ses malades.

La méthode d'intimidation si énergiquement défendue et appliquée par Leuret n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. On sait que le médecin de Bicêtre conduisait le

malade sous la douche, et là « l'obligeait à parler sensément », à renier ses convictions délirantes, obtenant, grâce à cet agent douloureux, des rétractations « arrachées à sa bouche mais réprouvées par son esprit ».

La coercition physique (camisole et fixation) tend aujourd'hui à disparaître des asiles. En dehors des accidents (blessures, fractures, asphyxie, etc.), des abus et de la négligence qu'elle entraîne, elle produit chez le délirant chronique le plus déplorable effet moral. Comment ne pas songer en effet qu'à cette époque d'un délire, où les moindres gestes, les moindres signes suffisent à suggérer l'idée d'ennemis imaginaires, un délirant chronique verra un ennemi de plus dans celui qui lui ravit la liberté physique et semble vouloir le mettre à la merci de ses habituels persécuteurs? Comment ce malade pourrait-il, à plus forte raison, accorder sa confiance au médecin qui, loin de le consoler et de lui prodiguer des paroles encourageantes, le fait au contraire attacher comme un coupable et un malfaiteur? Ne peut-on admettre enfin qu'en infligeant ce nouveau supplice à des malheureux déjà si tourmentés, on développe chez eux des idées de suicide ou des idées de vengeance qui auraient pu ne pas éclore? Nous voyons souvent des délirants chroniques s'exciter et devenir menaçants sous l'influence de leurs hallucinations. Sans brusquerie, nous les faisons conduire dans une chambre d'isolement; puis, lorsque la phase d'excitation est passée, ils reprennent leur place au milieu des autres malades. Qu'adviendrait-il si on les camisolait et si on les fixait? Ils se débattraient, lutteraient, frapperaient leurs gardiens. Sous l'influence de cette excitation surajoutée, leurs hallucinations prendraient un caractère plus aigu, et d'un malade qu'il était relativement facile de calmer, on ferait un fou furieux qui ne verrait plus dans son médecin que le plus acharné et le plus terrible de ses persécuteurs. On oublie trop souvent encore qu'on soigne des malades et des aliénés persécutés, c'est-à-dire des sujets qui ont doublement droit à nos égards, et à qui on doit épargner toute peine et toute souffrance nouvelles.

L'isolement étant effectué, avec le *non restreint* comme mesure générale, peut-on améliorer ou guérir la maladie par une médication plus directe ? Nous avons déjà dit qu'il n'y avait pas de médication spécifique. On a essayé cependant de combattre directement quelques symptômes et spécialement les *hallucinations*. Nous ne citerons que pour mémoire la *trépanation*, qu'un médecin étranger n'a pas craint d'employer récemment pour pratiquer l'excision des centres corticaux auditifs. La *méthode d'Hiffelsheim* est plus inoffensive. On soumet les malades à un courant voltaïque faible, dont les pôles sont constamment appliqués aux oreilles du malade. L'appareil lui-même se compose d'une série de petites piles réunies en couronne et qui doivent entourer la tête comme d'une ceinture : on le laisse en place pendant plusieurs semaines, et le courant électrique traverse la masse encéphalique dans son épaisseur. Cet appareil est peu commode ; de plus, il faut le mouiller toutes les deux heures avec de l'eau salée ou acidulée. Expérimenté d'abord à la Salpêtrière, dans le service de Baillarger, ce moyen n'a pas donné les résultats heureux que quelques faits favorables avaient tout d'abord permis d'espérer.

Moreau (de Tours) a proposé de combattre les hallucinations par les agents thérapeutiques qui, comme le *datura stramonium* et le *haschich*, provoquent des hallucinations. C'était là une application de la méthode substitutive ; on espérait remplacer les hallucinations spontanées par d'autres provoquées et faciles à faire disparaître par la suppression du médicament. Cette méthode a été au début suivie de bons effets, mais l'observation ultérieure n'est pas venue confirmer son efficacité, résultat qu'on pouvait prévoir *a priori*, car l'alcool, qui provoque lui aussi l'apparition de troubles sensoriels, ne fait que rendre plus actifs ceux du délirant chronique.

L'*arsenic*, préconisé par Lisle, ne guérit pas davantage les hallucinations ; la médication arsenicale donne cependant, comme nous le verrons, de bons résultats quand elle est indiquée par l'état général.

On s'est attaqué aussi aux troubles de la sensibilité générale, mais sans plus de succès durable ; les améliorations sont passagères, et la médication instituée perd rapidement son action. Schüle conseille l'usage de l'*opium*, du *bromure de potassium*, de l'*électrisation*, de l'*hydrothérapie*. Krafft-Ebing conseille également l'emploi de la *morphine*, des sels de *brome* à haute dose, dont il se sert aussi d'ailleurs pour combattre les hallucinations auditives. Les sels de *quinine*, l'*antipyrine*, l'*exalgine*, l'*atropine*, etc., ont été tour à tour expérimentés ; on obtient parfois à l'aide de ces agents une accalmie passagère de quelques symptômes ; on peut sans doute attribuer ce résultat à la sédation de l'élément douleur surajouté, à la disparition momentanée de névralgies vraies que le malade interprétait à la lueur de son délire. Mais celui-ci n'en continue pas moins : si la douleur s'amende, c'est que, dit le malade, les ennemis suspendent, pour un moment, leurs agissements.

Les sels de brome, le *camphre*, employés contre les hallucinations génitales, atténuent, mais ne font pas cesser entièrement les accidents.

Cependant, s'il est vrai qu'il n'existe pas un traitement du délire chronique qui puisse déraciner une psychose aussi solidement implantée dans l'esprit des patients, il n'en faut pas moins traiter ces derniers en s'inspirant, non point de vues théoriques, mais des indications tirées de l'état du malade et des périodes de l'affection. C'est dire que chaque sujet réclame son traitement particulier.

Les *toniques*, le *fer*, le *quinquina*, les *alcalins*, l'*arsenic*, sont employés avec avantage quand l'état général du malade l'exige. Inutile d'insister sur l'importance d'une rigoureuse *hygiène :* assez souvent ces aliénés, poursuivis par des idées d'empoisonnement, se nourrissent mal, d'une façon insuffisante et irrégulière ; ils prennent quelquefois des aliments d'une digestion difficile, d'où des troubles digestifs, eux-mêmes cause d'une exacerbation des idées délirantes. Il faut donc veiller à la régularité des repas et des garde-robes, proscrire les mets indigestes, les sauces trop épicées, l'usage d'alcool,

de liqueurs, de café, ordonner une promenade après chaque repas. Si le malade refuse de s'alimenter ou n'absorbe qu'une quantité d'aliments insuffisante, il ne faut pas hésiter à employer la sonde œsophagienne. Les émonctoires des toxines normales et pathologiques, le rein, le foie, doivent être examinés avec soin, les fonctions circulatoires surveillées, et, chez les femmes, les affections utérines, les troubles de la menstruation combattus énergiquement. On ne doit point craindre d'entrer dans les plus petits détails, ils ont tous leur importance, car en évitant tous les malaises, on supprime des occasions de délire, et, bien qu'on ne puisse avoir aujourd'hui la prétention de guérir cette psychose, on peut ainsi la maintenir à un niveau de moyenne intensité.

On voit quelquefois, dans les cours du délire chronique, survenir de l'excitation avec une activité plus grande des troubles sensoriels et du délire. Ces épisodes, dont l'intensité reste au-dessous de l'accès maniaque, peuvent parfois être rapportés à quelques-uns des troubles fonctionnels dont nous venons de parler, et l'amélioration de ces troubles peut suffire à faire disparaître l'excitation. Mais bien souvent on en ignore le déterminisme et on se trouve réduit à la stricte médication symptomatique : les *sels bromurés*, les *bains tièdes* simples ou alcalins seront alors mis à profit.

En résumé, la thérapeutique du délire chronique ne comporte qu'une seule grande indication : mettre le malade dans un état de calme cérébral aussi grand que possible. Et cette indication est remplie, physiquement, par un régime et des interventions médicamenteuses appropriées à chaque cas ; psychiquement, par l'isolement, le *non restreint*, une occupation régulière et choisie si possible, et la direction intelligente donnée au malade.

B. — TRAITEMENT DES DÉLIRES DE PERSÉCUTION DANS LA DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

La dégénérescence mentale est, par définition, un état de déchéance cérébrale destiné à se transmettre et à s'accroî-

tre de génération en génération, jusqu'à ce que l'espèce décadente disparaisse. La question du traitement est donc ici subordonnée à une importante question de prophylaxie qui intéresse au plus haut point l'avenir des sociétés. A vrai dire, cette question domine la thérapeutique de la dégénérescence. Mais nous avons seulement à traiter ici de l'intervention dans le cas de délire des persécutions. Or si nous nous reportons à ce que nous avons dit dans les considérations générales, nous voyons que cette intervention est singulièrement restreinte et toujours indirecte : écarter toutes les occasions de délire, que ces occasions viennent du milieu ou du sujet lui-même; améliorer, par des moyens hygiéniques et thérapeutiques, les conditions de nutrition et de fonctionnement du cerveau; régulariser l'activité de l'esprit par des influences morales bien dirigées : telles en sont les indications générales.

L'*internement* est la première mesure qu'il faut prendre : il soustrait le malade aux entraînement du dehors, et lui procure des soins médicaux continus et rationnels. Ce n'est pas en quelques heures d'ailleurs que l'on peut instituer un traitement d'un délire dégénératif. On doit se garder avant tout, peut-être plus que partout ailleurs, des médications systématiques toutes faites. Avant d'agir, il faut connaître le malade au moins autant que son délire. La manière de réagir, le caractère, l'émotivité doivent être minutieusement étudiés, les influences réciproques du physique et du moral examinées et calculées avec le plus grand soin. C'est ici surtout qu'il faut tenir compte des troubles physiques et psychiques les plus légers, qu'il faut s'opposer aux perturbations somatiques (digestives, circulatoires, génitales, etc.). On parvient ainsi à rendre plus normale la vie intellectuelle ; et par une thérapeutique calmante, à la fois diététique, pharmaceutique et morale, on voit souvent le délire diminuer et disparaître.

Nous n'insisterons pas sur la *thérapeutique somatique, diététique et médicamenteuse;* elle est à peu de chose près ce qu'elle est dans le délire chronique. Rappelons seulement

qu'on ne saurait être trop prudent dans l'administration médicamenteuse. Ces cerveaux, éminemment irritables, doivent à peine être effleurés par les toxiques. Dans quelques cas, par exemple, on a recommandé systématiquement l'usage de la *morphine*, sans songer que les morphinomanes se recrutent surtout parmi les dégénérés. Il faut donc, dans la mesure du possible, avoir recours aux agents physiques pour combattre les complications qui viennent à se produire (insomnie, agitation, etc.) : les *bains tièdes*, plus ou moins prolongés, suivant l'état du malade, l'enveloppement dans le *drap mouillé*, un peu de *bromure* et de *chloral* suffiront dans la plupart des cas.

Le *traitement moral* ne peut être exposé d'une façon didactique. On peut dire que ses règles varient avec chaque sujet et chaque période de la maladie : on ne les apprend qu'avec le temps et la fréquentation des malades. Dans la dégénérescence, comme nous l'avons vu, le délire atteint très vite son parfait développement. Le médecin a, dans ces débuts du délire, un rôle à peu près passif : il doit user de patience, ne pas heurter les convictions délirantes, faire tous ses efforts pour acquérir la confiance du malade. Peu à peu, et à mesure qu'il pénètre plus avant dans l'intimité morale du patient, qu'il en connaît tous les aspects et tous les ressorts, il peut essayer d'ébranler les idées délirantes, mais toujours avec tact et prudence, par un badinage amical et non par une contradiction brutale. Un travail facile, régulier et gradué (ateliers, bureaux, travaux des champs) achève l'œuvre morale du médecin. Lorsque enfin le malade s'est complètement ressaisi (et il en est qui reconnaissent sans difficulté le caractère pathologique de leurs idées), la question de sortie se pose. Un essai peut se faire alors qui achève de débarrasser le malade de son délire, en le mettant en présence des faits réels qu'il est devenu capable d'interpréter sainement. Il faut cependant se montrer prudent et n'accorder cette sortie qu'à bon escient, après une étude minutieuse et détaillée des réactions et des actes habituels du sujet, car il faut toujours songer à la possibilité d'une dissimulation.

Si, malgré tous les soins dont on entoure le malade, le délire, loin de céder, laisse apercevoir au-dessous de lui des signes d'affaiblissement mental, c'est-à-dire d'incurabilité, on peut essayer encore de sauver quelques épaves de cette intelligence. A cela, l'asile seul peut quelque chose, en permettant de régler méthodiquement la vie physique et morale de ces déchus, de les occuper régulièrement (travaux des champs, par exemple), de les tenir toujours sous une tutelle médicale expérimentée, afin d'éviter et de guérir les troubles somatiques et les périodes d'exacerbation délirante qui accentuent encore la déchéance mentale.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DE LA MÉLANCOLIE

PAR

ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

I

Considérations générales sur les affections mélancoliques.

« L'aliénation, dit quelque part Guislain, est avant tout une lésion de la sensibilité ; elle n'est pas de son essence un trouble de la raison, des idées, de l'esprit...

« L'aliénation est, à bien considérer, une douleur; aussi disons-nous qu'elle est primitivement une *phrénalgie*, une douleur du sens qui est le point de départ des affections, des émotions. »

Ces principes généraux, si bien développés par le grand aliéniste belge, sont applicables surtout aux affections mélancoliques, dans lesquelles s'observe, non seulement à leur origine, mais dans tout le cours de leur évolution, ce trouble cénesthésique plus ou moins profond, caractérisé par une sensation consciente ou inconsciente de malaise, d'inquiétude, d'impuissance, de douleur vague intérieure.

Il existe des cas nombreux où la maladie consiste uniquement en cette cénesthésie douloureuse ; mais, le plus souvent, sur ce terrain morbide, on voit se développer des

symptômes intellectuels, des perturbations de la volonté, même des troubles sensoriels, qui, augmentant le sentiment pénible primitif, peuvent conduire le malade au désespoir le plus violent ou à la résignation silencieuse et même à la complète stupeur. A ces troubles cérébraux viennent toujours se joindre des désordres organiques dont il importe de tenir compte, surtout au point de vue du traitement; car de leur connaissance peuvent découler de sérieuses indications thérapeutiques.

Les affections mélancoliques, comme toutes les maladies mentales, ne se développent que sur un terrain en quelque sorte préparé par la prédisposition héréditaire ou acquise. Cette prédisposition peut rester longtemps latente et ne se réveiller que sous l'influence de causes qu'on a appelées avec raison occasionnelles, dont les unes sont vraiment légères et parfois de minime importance, dont les autres, violentes au contraire, constituent un véritable choc physique ou moral.

Il serait trop long de rappeler ici toutes les causes occasionnelles qui ont été accusées de provoquer la mélancolie; il importe toutefois d'insister sur le rôle important que jouent les émotions morales déprimantes, les chagrins domestiques, les passions tristes, etc. Les intoxications (alcoolique, morphinique, cocaïnique), les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, impaludisme, influenza, tuberculose, etc.), les maladies diathésiques, les névroses, etc., doivent aussi être considérées comme pouvant développer la mélancolie chez des individus qui ont hérité de leurs ascendants, ou qui ont hérité d'eux-mêmes, selon l'expression de Lasègue, une prédisposition aux affections mentales.

II

Symptomatologie générale.

Les affections mélancoliques présentent à l'étude de l'observateur cinq ordres de symptômes qui s'enchaînent, se

succèdent de la façon suivante : les troubles du sentiment et de l'activité volontaire, ceux de l'intelligence et des sens spéciaux, enfin les modifications de l'état physique.

1° *Troubles du sentiment et de l'activité volontaire.* — Le trouble initial, le fond même des affections mélancoliques, leur principal symptôme, est la *dépression douloureuse*. C'est d'abord une douleur vague, indéterminée, dont le malade a parfaitement conscience, dont il cherche l'explication et qu'il s'applique à rattacher, soit à une idée, soit à un fait antérieur de son existence. Mais quelles que soient les raisons qu'il donne de sa douleur, ce ne sont pas elles qu'il accuse de son malheur ; s'il souffre, ce n'est pas « parce qu'il croit, même avec conviction, avoir offensé Dieu, commis des péchés, perdu sa fortune, mais bien plutôt parce qu'il ne se sent plus le même, qu'il ne peut plus ce qu'il veut, qu'il est impuissant à secouer ce joug » (Schüle).

Ces états cénesthésiques douloureux peuvent avoir sur les manifestations externes des malades des résultats très opposés : chez les uns se produit une véritable concentration de tout l'être, allant depuis la simple apathie jusqu'à la plus complète stupeur ; chez les autres, au contraire, c'est une sorte d'expansion avec activité désordonnée, cris, gémissements, anxiété, parfois même angoisse des plus violentes (Cotard).

Un des phénomènes les plus pénibles dont souffre le mélancolique et qui contribue le plus à augmenter sa dépression douloureuse, c'est la diminution de la volonté ; il a le sentiment profond de ne pas vouloir, ou plutôt de ne plus pouvoir vouloir, de ne plus pouvoir se décider. Cette absence de volonté *(aboulie)* le jette dans de véritables accès de désespoir en lui montrant son impuissance absolue et son irrémédiable malheur.

Cette absence de volonté, cette impuissance à agir, qui s'observe surtout chez les mélancoliques concentrés, empêche ces malades de commettre aussi fréquemment que les expansifs des actes violents, tels que le suicide et l'homicide. « Les aliénés expansifs passent plus facilement à l'action que les malades concentrés. Ceux-ci peuvent méditer pendant long-

temps un acte violent, suicide ou homicide, mais ils ne le mettent guère à exécution que sous l'influence d'une excitation quelconque, spontanée ou toxique (Cotard). »

Quoi qu'il en soit, les actes violents, les impulsions dangereuses, le meurtre et le suicide, sont fréquents chez les mélancoliques pris en masse, qui, à ce point de vue, doivent être considérés comme des aliénés dangereux pour eux-mêmes et pour la sécurité publique. On verra dans le paragraphe suivant que ces actes violents sont le plus souvent provoqués par des idées délirantes.

2° *Troubles de l'intelligence.* — Il est incontestable que, sous l'influence de la dépression douloureuse, les manifestations intellectuelles sont d'ordinaire ralenties chez les mélancoliques. Dans certains cas extrêmes, il y a même abolition complète de l'activité intellectuelle ; mais, le plus ordinairement, cette activité, pour ralentie qu'elle soit, produit après une hésitation plus ou moins longue des idées délirantes, qui sont comme l'explication du sentiment douloureux intérieur. « L'explication une fois trouvée revient sans cesse à l'esprit et s'y grave (Schüle). »

Ces idées délirantes, de nature toujours triste, sont nombreuses et variées ; il est difficile de les classer d'après des catégories très nettes ; il importe d'énumérer ici les plus fréquentes :

A. — Les idées d'*humilité* et d'*indignité ;* B. — Les idées de *ruine ;* C. — Les idées de *culpabilité* et de *damnation ;* D. — Les idées de *persécution ;* E. — Les idées *hypocondriaques ;* F. — Les idées de *négation,* et parfois même G. — Des idées d'*orgueil* et de *grandeur.*

Certains malades se croient incapables de rien faire de bon ; ils se sentent impuissants, sont pris d'un profond découragement et ne cherchent qu'à diminuer leur valeur, même à s'annihiler. On conçoit que cet état, poussé à un certain degré, les conduise à croire tout perdu, à s'imaginer qu'ils sont ruinés, déshonorés, à se tourmenter pour leur sort à venir et celui de leurs enfants, etc. — D'autres s'ac-

cusent de fautes imaginaires, de crimes odieux; ils sont la honte et le déshonneur de leur famille. On va venir les arrêter, les juger, les condamner. Ils ont manqué à tous leur devoirs envers Dieu, commis les péchés les plus monstrueux; aussi sont-ils damnés, voués à l'enfer; jamais leurs péchés ne pourront leur être remis, le démon va les emporter. — D'autres fois, ce sont les idées de persécution qui prédominent; les malades se plaignent qu'on leur fait du mal, qu'on les méprise, qu'on les accuse de toute sorte de méfaits; ou bien ils sont obsédés par des idées hypocondriaques, et alors ils accusent des sensations anormales siégeant dans la tête ou dans d'autres parties de corps. — Parfois encore, les malades expriment des idées de négation : ils n'ont plus de nom, n'ont pas d'âge, ne sont rien; ils n'ont ni parents, ni famille; tout est détruit, rien n'existe plus, ils ne sont plus rien, ils n'ont pas d'âme, etc. — A ces idées délirantes peuvent dans certains cas se surajouter des idées d'orgueil, de grandeur, d'énormité. Ainsi les hypocondriaques considèrent les maux dont ils souffrent comme exceptionnels; ils ont des maladies comme personne n'en a. Les malades qui s'imaginent être la cause de tout le mal existant dans le monde; ceux qui ont des idées d'immortalité, ou se disent Satan et l'Antéchrist, qui sentent en eux une puissance malfaisante, mais surhumaine, tous ces malades ont certes du délire ambitieux.

3° *Troubles sensoriels*. — Les troubles sensoriels les plus fréquents sont les *illusions* et les *hallucinations*. Tous les sens sont affectés. Certains malades voient les spectacles les plus terrifiants; entendent les menaces, les injures les plus grossières; sentent des odeurs sulfureuses, cadavériques; ont le goût de substances nauséabondes ou toxiques.

Les désordres de la sensibilité générale sont nombreux : l'analgésie n'est pas rare et favorise la mutilation que certains d'entre eux se font avec un acharnement que rien ne saurait arrêter; les muqueuses sont anesthésiées, et l'anesthésie des premières voies digestives peut souvent être la cause du refus d'alimentation.

Les idées délirantes, ainsi que les troubles sensoriels, poussent les mélancoliques, ainsi que nous l'avons déjà dit, à des actes dangereux. Pour échapper au déshonneur, au supplice qui les menace, ils sont poussés au *suicide*. Il en est qui ont le désir d'en finir avec une existence si douloureuse ; mais ils n'en ont ni le courage ni la force : ils font des tentatives vaines sans pouvoir aboutir. D'autres, au contraire, comme pris d'un paroxysme mélancolique, se pendent, se poignardent, se précipitent avec une rapidité instantanée.

Certains mélancoliques, — et en particulier ceux que tourmentent des idées de culpabilité, ou encore les délirants religieux, — ont des tendances à l'*homicide* : on en a vu qui tuaient dans le but d'être condamnés et de mourir sur l'échafaud ; d'autres tuent leurs parents, leurs enfants, et se suicident ensuite, pour éviter à ceux qui leur sont chers le déshonneur et la vie misérable qui peut en résulter.

Un autre symptôme qui est presque de règle chez les mélancoliques, c'est le *refus d'aliments*, la *sitiophobie*. Les uns refusent de manger parce qu'ils sont ruinés et ne pourraient payer les repas qui leur sont servis ; les autres, parce qu'ils sont indignes et que les mets qu'on leur présente sont trop bons pour eux ; il en est qui veulent faire pénitence ; d'autres ont peur d'être empoisonnés ; quelques-uns obéissent à une voix qui leur défend de manger, ou bien, obsédés par l'idée de suicide, veulent se laisser mourir de faim. Enfin, certains mélancoliques sont dans un tel état de prostration musculaire, d'anéantissement physique, qu'ils sont dans l'incapacité absolue de se mouvoir, d'agir : les aliments sont devant eux, ils sont incapables de se servir des mains pour se les introduire dans la bouche ; seulement ils ne font aucune résistance aux tentatives qu'on fait pour les nourrir comme des enfants.

4° *Symptômes somatiques*. — L'état physique des mélancoliques présente un ensemble de caractères particuliers et nettement tranchés, qui suffiraient à eux seuls pour faire un diagnostic.

Et d'abord, l'expression de la *physionomie* : le facies est,

en effet, un des premiers symptômes qui attirent l'attention de l'observateur. Les traits, douloureusement contractés, expriment la constante préoccupation de sujets tristes, ou bien ils reflètent l'anxiété, la terreur, le désespoir; les sourcils sont froncés; le regard est fixe, les yeux abaissés vers la terre. L'attitude générale marque l'affaissement ; les mouvements sont lents, lourds, comme embarrassés; la marche est traînante et manifeste l'antipathie des malades pour tout exercice; il faut constamment les stimuler pour les déterminer à s'habiller, à marcher, à ce mouvoir, à parler.

Dans la stupeur, l'attitude est plus caractéristique encore, l'immobilité plus complète : les malades semblent comme changés en statue, ils sont comme figés à l'endroit où on les place, leurs traits pétrifiés en quelque sorte dans l'expression de la terreur.

Tantôt les membres sont flasques et obéissent à tous les mouvements qu'on leur imprime, tantôt ils opposent une certaine résistance, de la raideur, et ont même une tendance à se contracturer.

La voix du mélancolique est faible, indistincte, monotone, chevrotante, au point qu'il est souvent difficile de le comprendre lorsqu'on arrive à le faire parler ; car, le plus habituellement, il garde le silence, et ce n'est pas sans effort, sans une forte pression, qu'on arrive quelquefois à le faire sortir de ce mutisme obstiné.

Chez les mélancoliques anxieux, l'attitude générale est autre : ils sont d'une incessante mobilité, ne pouvant rester en place, circulant sans cesse, en poussant des plaintes, des gémissements, en se lamentant, en répétant toujours les mêmes formules de désespoir. Parfois, pris d'une sorte de paroxysme, ils poussent des cris perçants, de véritables hurlements, s'arrachent les cheveux, se tordent de désespoir; ou bien on les voit faire des mouvements automatiques, toujours les mêmes : certains se frottent indéfiniment les mains, le front, la face ; d'autres se grattent avec les ongles certaines parties du visage, jusqu'au sang, — les lieux d'élection sont le haut du front, à

la naissance des cheveux, les ailes du nez, le lobule de l'oreille, etc., — ou encore s'écorchent les doigts autour des ongles, etc.

Les troubles de la *circulation* ne manquent jamais chez les mélancoliques. Tous ces malades présentent, en effet, un refroidissement des extrémités et une tendance à la cyanose. Les mains sont froides, bleuâtres, livides ; il en est de même de la figure, du nez, des oreilles ; souvent les malléoles et même les pieds sont œdématiés. Ces symptômes doivent sans doute être attribués à des troubles de l'hématose et de la vaso-motricité.

Le *pouls* présente des variations très nettes, suivant l'état général du malade, l'intensité du délire et sa forme, l'existence ou l'absence d'hallucinations. « Il existe en général un degré plus ou moins prononcé de sthénie artérielle, qui rétrécit le calibre des vaisseaux et substitue une rigidité plus ou moins grande à leur élasticité normale. Comme fréquence il varie dans d'énormes proportions. Il est d'autant plus lent que la dépression est plus ancienne et plus profonde ; il est d'autant plus fréquent que le délire est plus aigu, plus anxieux, plus hallucinatoire. » (Cullerre.)

La *respiration* subit d'importantes modifications, très bien étudiées par Marcé, surtout dans les cas de stupeur. « Les inspirations, au lieu de se faire avec ampleur et régularité, au lieu de s'accompagner d'un soulèvement régulier des parois thoraciques et d'un murmure vésiculaire perceptible à l'auscultation, perdent tout à fait leurs caractères physiologiques. Le thorax se soulève à peine et le murmure vésiculaire est parfois tellement affaibli qu'il devient difficilement perceptible : dans certains cas, six ou sept inspirations très faibles sont suivies d'une inspiration plus forte ; dans d'autres cas, l'inspiration est habituellement peu longue, mais elle se fait d'une manière saccadée, comme si elle se composait de plusieurs petites inspirations secondaires. »

Marcé signale également le manque de proportion entre le nombre des inspirations et celui des pulsations. Ce rapport,

qui est à l'état normal de 1 à 4, descend beaucoup plus bas chez les mélancoliques qui ne présentent souvent qu'une seule respiration pour cinq ou six pulsations. D'où rupture de l'équilibre entre la quantité de sang que le cœur envoie au poumon, et la quantité d'air inspirée ; d'où, par suite, un trouble permanent de l'hématose et un défaut d'oxygénation qui se traduisent au dehors par les symptômes de réfrigération, de cyanose, etc., indiqués plus haut.

Les *fonctions digestives* sont toujours altérées chez les mélancoliques. Le début même de leur affection est généralement caractérisé par un embarras gastrique persistant. Chez beaucoup de ces malades, les lèvres et les gencives sont fuligineuses, les narines pulvérulentes ; la langue est sèche ou chargée d'un enduit saburral.

L'appétit est généralement diminué et la quantité de nourriture fort peu considérable. On a vu plus haut que la plupart des mélancoliques en arrivent même, par suite de leur délire, au refus complet d'aliments.

L'appétit peut aussi être perverti, puisqu'on voit des malades manger leurs excréments. Mais cette *coprophagie* est-elle un véritable *pica?* N'y a-t-il pas plutôt dans cet acte répugnant le résultat de conceptions délirantes ? Dans la plupart des cas, il en est ainsi : « Les mélancoliques, en effet, mangent leurs excréments, soit dans un but de pénitence et d'expiation, soit parce qu'ils supposent qu'en ne les faisant pas disparaître, ils s'exposent aux plus grands malheurs, soit encore parce qu'ils s'imaginent récupérer les forces vitales que leur enlève incessamment l'acte de la défécation. » (Cullerre.)

La digestion se fait avec lenteur, l'assimilation est incomplète ; de là résultent un amaigrissement progressif, perte considérable du poids du corps et, enfin, déchéance profonde de l'organisme.

La *constipation* est presque de règle chez les mélancoliques : elle doit être attribuée soit à une paralysie intestinale, soit à la faible quantité d'aliments ingérés, soit au défaut de sécrétions intestinales, soit, enfin et plus rarement, à des concep-

tions délirantes : les malades ne veulent pas aller à la garde-robe pour n'être pas vus dans des positions indécentes, parce qu'ils commettraient des péchés, etc.

Le *gâtisme* n'est pas rare, mais il n'existe d'ordinaire que d'une façon épisodique. Il est dû à une paralysie momentanée des sphincters, à une sorte d'inconscience, à l'absorption des malades par les idées délirantes, ou encore à l'anesthésie des muqueuses urétrale et rectale.

Les *sécrétions* sont altérées dans leur quantité et leur qualité. — La sueur, par exemple, est parfois supprimée : d'où sécheresse de la peau qui devient froide et rugueuse. — Les cheveux et les ongles deviennent secs et cassants ; les uns et les autres poussent plus lentement. — L'urine est rare et sédimenteuse ; elle renferme en plus grande abondance des phosphates terreux (Mairet) ; son degré de toxicité n'est pas le même qu'à l'état normal. — La sécrétion spermatique chez l'homme est notablement amoindrie et les spermatozoïdes sont beaucoup moins abondants. — Chez la femme, la suppression des règles est presque habituelle, excepté à l'époque de la ménopause, où l'on voit survenir parfois des hémorragies qui aggravent encore l'état des malades.

Les *fonctions sexuelles*, le désir surtout, sont annihilés pendant la période mélancolique ; cependant, chez certains malades, on voit apparaître de véritables paroxysmes génésiques pendant lesquels ils se livrent à la masturbation avec une véritable fureur.

L'*insomnie* est un des symptômes les plus pénibles de la mélancolie. Elle peut être extraordinairement rebelle et atteindre un degré excessif, malgré toute thérapeutique. Des malades restent des semaines entières, des mois même, sans dormir ; ils sont tranquilles, immobiles dans leur lit, mais sans fermer les yeux. D'autres ont quelques heures de repos, puis s'éveillent, baignés de sueur, avec une plus grande angoisse. Le retour du sommeil, même lorsqu'il est encore accompagné de rêves pénibles, est un bon signe, indiquant la convalescence prochaine. Parfois, en effet, « dans la convalescence,

toutes les conceptions délirantes, les craintes et les remords, persistent encore dans le rêve, alors que la conscience les rejette déjà pendant la veille, et, pendant plus ou moins longtemps, elles reviennent la nuit, pour disparaître enfin complètement ». (Schüle.)

III

Formes de la mélancolie.

L'étude des affections mélancoliques, au point de vue du groupement des symptômes et de leur évolution, nous permet de constituer, dans l'état actuel de la science, cinq types nettement délimités : 1° la mélancolie simple avec conscience, appelée aussi hypocondrie morale avec conscience ; 2° la mélancolie anxieuse ; 3° la mélancolie sénile ; 4° les persécutés mélancoliques, ou la mélancolie avec idées de persécution ; 5° enfin, la mélancolie avec stupeur.

Comme toutes les maladies mentales, ces diverses variétés de la mélancolie peuvent être aiguës ou chroniques ; continues, intermittentes ou rémittentes.

A. — MÉLANCOLIE SIMPLE AVEC CONSCIENCE

Dans cette première forme, le symptôme prédominant, on pourrait même dire presque unique, est la dépression générale, physique et mentale. Les malades ont conscience de leur état maladif : ils ont le sentiment intime et profond de leur impuissance, de leur apathie, mais ils sont incapables de réagir. Tout leur devient indifférent : ils négligent leur toilette, leurs affaires, se confinant dans un coin, sans parole, sans mouvement, le visage morne, le regard triste. Ils deviennent insensibles à tous ceux qui leur étaient le plus chers : la mort même de leurs proches les laisse sans émotion.

Ce dont ils se plaignent le plus, c'est l'absence de volonté (*aboulie*). « Ils veulent et ils ne veulent pas. Ils se sentent

poussés à agir, mais ils n'ont la force de se décider à rien. Ils sont, en un mot, sans initiative et sans énergie, et restent le plus souvent dans l'immobilité, faute de mobiles d'action. » (Falret.)

Sur ce fond cénesthésique douloureux, on observe, au point de vue intellectuel, du vague et de la confusion dans les idées et une certaine lenteur dans les conceptions, et au point de vue émotionnel, des terreurs instinctives pendant le jour et pendant la nuit ; ils ont peur de mourir ou de voir mourir leurs proches ; ils se croient ruinés ; ils craignent de devenir fous.

Un fait essentiel à noter, c'est que ces mélancoliques sont sujets à des impulsions instinctives à faire ou à dire du mal, à proférer des paroles injurieuses ou obscènes, ou bien à se faire du mal à eux-mêmes. Ces impulsions involontaires au suicide ou à l'homicide, à commettre des actes violents ou à prononcer des paroles inconvenantes, constituent un véritable danger pour les malades eux-mêmes et pour leur entourage. Il importe d'en tenir compte, d'autant plus que les mélancoliques simples avec conscience paraissent d'ordinaire des malades inoffensifs, et, par suite même de leur apathie, incapables d'aucun acte dangereux ; et cependant c'est parmi eux que l'on rencontre les plus nombreux cas de suicide.

A la description sommaire que nous venons de donner de la mélancolie simple, il faut ajouter qu'on n'y observe jamais d'hallucinations, et qu'elle se présente d'ordinaire sous forme d'*accès*, séparés quelquefois par de longs intervalles de lucidité.

B. — MÉLANCOLIE ANXIEUSE

C'est la véritable mélancolie délirante, celle qui est la plus fréquente et se manifeste à l'observateur avec un ensemble de symptômes nettement déterminés, en quelque sorte pathognomoniques.

Le plus caractéristique, et celui qui se présente dès le début de la maladie, est l'anxiété. Le malade est saisi sans motif et à des intervalles irréguliers d'une angoisse indéterminée. Il se

plaint d'une sensation pénible dans la région précordiale ou épigastrique; c'est une sensation de constriction, de pression, de douleur, qui remonte jusqu'au cerveau et provoque l'état émotionnel pénible dont souffre le malade.

Cet état anxieux est encore entretenu par les idées délirantes, caractérisées par la crainte, l'effroi, la terreur. Le malade a peur de tout (*panophobie*), et, surtout, de ce qui va lui arriver : on *va* venir l'arrêter, on *va* le juger, le condamner, le guillotiner; les malheurs les plus grands *vont* fondre sur lui et les siens, etc.

Ces craintes perpétuelles sont accompagnées d'un état constant d'agitation. Le malade ne peut pas rester en place; il va et vient sans but, des journées entières, gémissant, pleurant, répétant les mêmes membres de phrases : « Oh! mon Dieu, mon Dieu!... Quel malheur! quel malheur!... etc. » Il résiste à tout ce qu'on veut lui faire faire, qu'il s'agisse de s'habiller ou de se déshabiller, d'aller dans un endroit ou dans un autre, etc. Dès qu'on veut le changer de place, il s'attache désespérément aux portes, aux tables, aux murs.

Parfois cette agitation augmente d'intensité; il y a de véritables paroxysmes de terreur avec hallucinations terrifiantes et impulsions violentes (suicide, homicide, automutilations). Celles-ci sont d'ailleurs à craindre dans tout le cours de la mélancolie anxieuse et en font une des affections mentales les plus dangereuses pour ceux qui en sont atteints comme pour leur entourage.

Comme la précédente, cette variété de mélancolie doit être considérée comme très curable; comme elle aussi, elle se manifeste par accès intermittents, séparés par de longs, très longs intervalles de santé. Fait curieux à noter, tous les accès successifs se ressemblent d'ordinaire; la maladie se manifeste même à l'époque de la vieillesse avec les mêmes symptômes que dans les accès antérieurs; comme ces derniers aussi, elle peut guérir de nouveau, ne laissant après elle que très rarement cette diminution intellectuelle qui caractérise la démence.

C. — MÉLANCOLIE SÉNILE

A l'époque de la vieillesse il peut se développer chez des personnes qui, jusqu'alors, étaient restées indemnes de tout trouble mental, une forme de mélancolie qui se rapproche beaucoup de la mélancolie anxieuse de l'adulte, qui vient d'être décrite.

En effet, il existe dans la mélancolie sénile une anxiété qui arrive parfois à un véritable paroxysme et peut s'accompagner d'agitation violente. Quant aux troubles délirants, ils consistent surtout en idées de ruine, de culpabilité, parfois aussi de damnation, en craintes pour l'avenir, etc. L'excitation érotique fait rarement défaut; elle est même souvent portée à son comble et se manifeste en paroles, gestes, actes, etc. Les impulsions violentes sont de règle : les malades se portent à des voies de fait sur les personnes de l'entourage; les tendances au suicide ne sont pas rares.

Beaucoup de ces mélancoliques séniles, par suite de leur agitation, le manque absolu de sommeil, d'une insuffisante alimentation, ne tardent pas à tomber dans le marasme et à mourir. Il en est d'autres chez lesquels l'agitation finit par s'apaiser, et la maladie continue sous une forme plus chronique. Quelques-uns enfin guérissent. Le pronostic de la mélancolie sénile n'est donc pas absolument défavorable. Pour le poser il faudra naturellement tenir compte des antécédents du malade et aussi de sa santé générale, de l'état de ses artères, des troubles de la circulation, des lésions cardiaques, rénales ou autres, qui doivent être considérés comme des complications graves.

D. — MÉLANCOLIE AVEC IDÉES DE PERSÉCUTION OU PERSÉCUTÉS MÉLANCOLIQUES

Les *persécutés mélancoliques*, récemment décrits (Ballet, Séglas), présentent des délires associés ou combinés de per-

sécution et de mélancolie. Ces malades, qui forment une espèce clinique nettement déterminée, se distinguent des délirants persécutés proprement dits par des caractères spéciaux. Ils « accusent les autres, et se plaignent de leurs agissements et de leurs manœuvres comme il convient à des persécutés; mais ils s'accusent avant tout eux-mêmes; ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution et qu'à eux reviennent les premiers torts; ce sont des *victimes*, mais *coupables*, et non, comme les persécutés ordinaires, des *victimes innocentes*. » (Ballet.)

Ces malades manifestent donc un délire mélancolique d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation, avec préoccupations hypocondriaques; des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale; des hallucinations psycho-motrices; le tout est associé à des idées délirantes de persécution, nettement systématisées.

Si les persécutés mélancoliques ne sont guère dangereux pour les autres, — quoiqu'ils le soient souvent, — ils le sont surtout pour eux-mêmes. Chez eux, l'idée de suicide devient souvent obsédante, et ils arrivent facilement à l'acte.

La guérison n'est pas rare; mais elle semble dépendre de la nature du délire dominant. Ainsi le pronostic est plus favorable dans les cas où prédominent les idées mélancoliques que dans ceux où il y a une prédominance marquée des idées de persécution.

E. — MÉLANCOLIE AVEC STUPEUR

La *stupeur mélancolique* est le plus haut degré de la mélancolie (Baillarger); mais les malades qui en sont atteints n'ont que les apparences de la stupidité; il y a chez eux un délire tout intérieur dont ils peuvent rendre compte après leur guérison.

La physionomie du mélancolique stupide est caractéristique : les traits sont contractés, sombres; le front est plissé, le regard profondément triste, parfois terrifiant; les yeux

sont fixes, les pupilles dilatées; tout l'ensemble de la figure dénote des préoccupations vives de nature douloureuse, pénible et même effrayante. Le malade reste immobile : souvent il se trouve dans l'attitude d'une personne qui cherche à échapper à un danger qu'elle voit devant elle : aussi les muscles sont tendus et légèrement contracturés dans le sens de la flexion. Parfois, les muscles n'ont pas cette rigidité et n'opposent aucun obstacle aux mouvements imprimés aux membres; mais il arrive dans ces cas que ceux-ci conservent pendant un certain temps les attitudes qu'on leur impose (*état cataleptiforme*).

Le malade, ainsi immobilisé, garde le plus complet mutisme; ou bien, il ne répond qne par monosyllabes. Il arrive cependant que, de temps à autre, le mélancolique stupide dise quelques paroles, fasse des gestes; mais ce ne sont là que des épisodes passagers, car le malade retombe aussitôt dans le mutisme et l'immobilité. Mais ces gestes, ces paroles, suffisent à prouver que l'intelligence n'est pas abolie, et que sous cette apparence extérieure d'inertie des facultés existe une activité mentale prononcée.

Le délire intense, qui provoque cet état de stupeur et dont le malade peut très bien rendre compte après guérison, est de nature essentiellement triste, même terrifiant, entretenu et même provoqué par des hallucinations de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale. Le malade perd complètement conscience du temps et des lieux : il semble en quelque sorte hypnotisé par le tableau imaginaire qui se produit devant lui, par les visions effrayantes qui l'obsèdent. Puis, comme par une sorte de paralysie de la volonté, qui l'empêche de se soustraire aux maux imaginaires qu'il souffre, il est en quelque sorte cloué sur place, il est incapable de crier, d'appeler au secours, de se défendre.

Malgré cette paralysie, qui semble être un symptôme prédominant, il est pris d'impulsions subites à se détruire : alors il se précipite d'une fenêtre ou d'un endroit élevé; ou bien il se jette la tête la première contre un mur; ou encore, se sai-

sissant d'un instrument quelconque à la portée de sa main, il s'en frappe avec rage.

C'est dans la mélancolie avec stupeur que s'observent, dans leur plus grande intensité et dans leur plein développement, les symptômes somatiques décrits plus haut : analgésie; pouls petit, fréquent, filiforme; respiration ralentie, superficielle et, par suite, insuffisante; extrémités froides, violacées, même œdémateuses ; température au-dessous de la moyenne; ralentissement de la nutrition, amaigrissement, cachexie, constipation, gâtisme, diminution des sécrétions, sauf celle de la salive, qui est parfois considérablement augmentée (*sialorrhée*); suppression de la menstruation (sa réapparition est d'ordinaire l'indice d'une guérison prochaine).

La mélancolie avec stupeur, qui débute souvent brusquement, après une émotion morale violente, peut aussi cesser brusquement. La guérison est très fréquente. Néanmoins le pronostic devient grave si la stupeur se prolonge au delà d'un an, ou si elle prend la marche intermittente.

IV

Traitement général des affections mélancoliques.

Le traitement des affections mélancoliques présente deux sortes d'indications : les unes générales s'appliquant à toutes les formes de la mélancolie; les autres spéciales, relatives à chacune des formes distinctes de cette maladie mentale. C'est à l'étude des premières, — des indications générales, — que ce chapitre est consacré.

1° La première question qui se pose au médecin qui se trouve en présence d'un mélancolique est la suivante : Faut-il le traiter dans sa famille ou bien est-il nécessaire, indispensable même, de l'enlever à son milieu ordinaire et de le placer dans un établissement spécial? En un mot, son *isolement* s'impose-t-il? Il fut un temps, — qui n'est pas loin de nous, — où la réponse à cette question n'était pas douteuse, où l'on considé-

rait comme une nécessité indispensable d'enlever les mélancoliques à leur milieu habituel et de les placer dans un établissement spécial pour y recevoir les soins qu'exige leur état.

Malgré les objections faites au principe de l'isolement, sur la valeur théorique desquelles on peut indéfiniment discuter sans trouver une solution satisfaisant tout le monde, — malgré ces objections, on ne saurait mettre en doute que la première indication thérapeutique qui s'impose, lorsqu'on se trouve en présence d'un mélancolique, c'est l'isolement, c'est-à-dire la soustraction de l'aliéné « à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs; en l'entourant d'étrangers; en changeant toute sa manière de vivre. » (Esquirol.)

Cet isolement peut être incomplet, en laissant, par exemple, le malade dans son habitation, dont on se contente d'écarter la famille, les amis, les serviteurs habituels; ou bien encore en établissant le malade seul, dans une maison étrangère, et en l'entourant de personnes qu'il ne connaît pas.

Inutile de dire qu'un tel mode d'isolement n'est guère à la portée que des familles riches; il faut même ajouter qu'en général il ne rend pas ce qu'il coûte.

Il faut donc conclure avec Esquirol que, pour le mélancolique, le meilleur mode d'isolement, celui « auquel on a recours le plus généralement, parce qu'il est plus à portée de toutes les fortunes, parce que les moyens de traitement sont réunis, consiste à placer le malade dans une maison consacrée au traitement des maladies mentales ».

Il importe donc essentiellement d'enlever le mélancolique à son milieu habituel, celui qui lui rappelle sans cesse les causes de son délire; mais il importe aussi de se rappeler que ses préoccupations tristes, ses angoisses, ses craintes continuelles le rendent dangereux pour lui-même, qu'il n'est que trop souvent obsédé de l'idée du suicide et qu'il saisira la première occasion pour mettre fin à ses jours, qu'il refuse le plus ordinairement de prendre des aliments et que par suite il est indispensable de le soumettre à un régime spécial.

On objecte, il est vrai, que c'est accroître les préoccupations tristes, les craintes, les angoisses du mélancolique que de l'enlever à sa famille, à l'affection des siens, etc., pour le mettre en face de l'inconnu. Il y a là une exagération sentimentale qu'il importe de combattre, car elle n'aurait d'autre résultat que de retarder le traitement rationnel et, par suite, la guérison du malade. Esquirol, à l'autorité de qui on est toujours obligé de faire appel en cette importante qnestion, a dit avec raison à ce sujet :

« Quelquefois l'aliéné qui est isolé est saisi de crainte, se voyant dans un lieu inconnu, entouré d'étrangers. Si elle ne va pas jusqu'à la terreur, cette crainte produit des effets prompts et salutaires; elle agit à la manière des substances sédatives, elle modère l'excitation nerveuse, elle calme et dispose le malade à mieux sentir les influences nouvelles auxquelles il est soumis, elle le rend plus accessible aux conseils ; quelquefois, et particulièrement dans la lypémanie (mélancolie avec délire), les malades soupçonneux, défiants, se croient délaissés par leurs parents et par leurs amis ; ils se persuadent qu'on les a voués à de mauvais traitements, à des supplices, à des épreuves, à des expériences, à la mort. Les soins, les égards, les prévenances, l'assurance d'un avenir heureux, la promesse de recouvrer la liberté, font passer le malade du désespoir à l'espérance et à la confiance. Le contraste entre l'abandon présumé, l'appréhension d'un sort prochainement funeste et l'empressement affectueux de gens inconnus, provoque une lutte intérieure d'où la raison sort victorieuse. »

Avec la très grande majorité des médecins aliénistes, je n'hésite donc pas à conclure que, en dehors de quelques cas spéciaux excessivement rares, l'isolement dans un établissement spécial consacré au traitement des maladies mentales est le premier traitement à appliquer aux affections mélancoliques. Bien plus, il est indispensable que cet isolement se fasse dès le début de la maladie; car ses chances de curabilité diminuent à mesure qu'on s'éloigne de ce début, comme ne le prouvent que trop les nombreuses statistiques qui ont été

établies sur ce point. Ce n'est donc pas l'isolement, mais les retardements à cet isolement, qu'il faut accuser de l'incurabilité de trop nombreux aliénés.

Mais l'isolement doit-il être entendu dans le sens de séquestration complète? Le mélancolique, une fois placé dans l'asile d'aliénés, doit-il être séparé du monde, de sa famille, de ses amis? Ne doit-il plus correspondre avec les siens ni verbalement, ni par écrit? Ne doit-il plus recevoir de visites que lorsque son état mental se sera amélioré? Je ne le crois pas; j'estime même que, dans la majorité des cas, il est de l'intérêt du malade mélancolique qu'il puisse voir sa famille, ses amis, qu'il corresponde même avec eux par lettres; ainsi, il ne se sent pas abandonné de ceux qu'il aime et il ne peut ajouter à ses préoccupations tristes, à ses conceptions délirantes, le chagrin de l'indifférence de ceux qui lui sont chers. Je ne mets donc aucun empêchement aux visites que reçoivent les mélancoliques de mon service, et je suis absolument convaincu qu'en règle générale, loin d'entraver la guérison ou l'amélioration de mes malades, elles ont contribué, en une certaine mesure, à la hâter.

Sans doute, il existe des cas exceptionnels où la séquestration complète s'impose, où la présence des parents, des amis, aggrave l'état mental, rend les malades plus anxieux, plus agités. Ce ne sont là, je le répète, que des exceptions, dont certes il faut tenir compte, et qu'il faut étudier avec soin, mais qui ne sauraient en rien infirmer le principe général que j'ai posé, de l'utilité qu'il y a à maintenir les aliénés mélancoliques en contact avec le dehors par les visites, les correspondances, etc.

Combien de temps doit durer cet isolement? Le mélancolique doit-il être maintenu dans l'asile jusqu'à complète guérison? Y a-t-il au contraire intérêt pour lui à le rendre à sa famille, à la liberté, dès les premiers moments de son amélioration? Ce sont là des questions auxquelles il est assez difficile de répondre d'une façon absolue. Voici, sur ces points délicats, le résultat de mon expérience personnelle.

Dans les cas de mélancolie avec idées obsédantes de suicide, on ne saurait assez prolonger la durée de l'isolement, qui permet la surveillance constante et continue des malades qui en sont atteints. Que de mélancoliques, en effet, dissimulent, — semblables en cela à nombre de persécutés, — leur délire pour obtenir la liberté dont ils abusent ensuite pour se tuer, ou même pour se livrer à des actes dangereux pour la sécurité d'autrui ! La mise en liberté de tels malades avant complète guérison doit donc être considérée comme une sortie prématurée et un danger pour la sûreté publique.

Il m'a été donné d'observer des mélancoliques, même délirantes, qui, après un séjour même prolongé dans mon service, ne bénéficiant plus du traitement auquel elles étaient soumises, ont été rendues à leur famille, la plupart du temps sur la sollicitation des malades elles-mêmes. Ce replacement dans le milieu familial, après un séjour dans un établissement d'aliénés, avait un effet des plus salutaires : les malades sorties en voie d'amélioration revenaient me voir au bout de quelque temps complètement guéries.

Les faits de ce genre que j'ai pu observer ne sont malheureusement pas assez nombreux pour qu'il me soit permis d'en déduire des conséquences pratiques. Et pourquoi le cacher ? pour quelques résultats heureux, il en est d'autres défavorables : certaines mélancoliques sorties prématurément ont dû être ramenées au bout de quelques jours, ou de quelques semaines, après avoir excédé leur famille par leurs exigences délirantes, leurs actes désordonnés, parfois dangereux. Il importe donc d'étudier avec soin chaque cas particulier, se préoccuper non seulement de l'état du malade, mais aussi de celui du milieu dans lequel il va être transplanté.

Ce dernier point est important même pour le mélancolique convalescent ou guéri. A quelque classe de la société qu'il appartienne, qu'il soit riche ou pauvre, le mélancolique guéri ou seulement en convalescence, a besoin d'une atmosphère morale spéciale qui le soutienne, l'empêche de succomber de nouveau à son délire, en éloignant de lui toute cause

de défaillance et de rechute. Cela est sans doute plus facile pour l'aliéné riche que pour l'indigent. La famille du premier trouvera aisément les moyens pour éloigner de lui toutes les difficultés de la vie, pour lui procurer les distractions compatibles avec son état (voyages, séjour à la campagne, distractions variées, etc.); on ne peut en dire autant de l'aliéné indigent.

Pour les mélancoliques sortis guéris ou améliorés des asiles publics, on a proposé avec raison de créer des sociétés de patronage. Cette idée vraiment philanthropique est due à Falret père, qui l'a mise à exécution en 1841. Cette société, ainsi fondée à Paris pour les aliénées indigentes sortant de la Salpêtrière, existe encore aujourd'hui sous la direction de notre vénéré maître et ami, M. Jules Falret. Elle a pour but, d'après ses statuts, « de prémunir, autant que possible, les aliénées guéries contre la misère et ses funestes conséquences, de leur donner des conseils, de les aider dans la recherche d'une occupation convenable, d'éclairer les personnes qui les entourent sur la conduite à tenir à leur égard, de prévenir les rechutes par l'éloignement des causes, et, dès l'apparition des premiers signes, par l'emploi des moyens physiques et moraux ».

On ne saurait assez insister sur les services rendus par la Société de patronage fondée par Falret père, et sur ceux que seraient appelées à rendre des sociétés analogues annexées en quelque sorte à tous les asiles d'aliénés. Que de rechutes on éviterait par là ! que d'actes de désespoir aussi, de la part de malheureux aliénés mélancoliques, aujourd'hui livrés à eux-mêmes, à leurs propres forces, et aussi parfois à la misère !

2° Le mélancolique, une fois isolé dans l'asile, devra être soumis à un traitement qui doit avoir pour but :

1° De calmer son système nerveux et de lutter contre la dépression ;

2° D'améliorer l'état général et de relever la nutrition ;

3° De combattre l'insomnie, ainsi que toutes les complica-

tions pouvant survenir du côté des diverses fonctions organiques.

Pour calmer le système nerveux, pour amener le repos cérébral et moteur du mélancolique, un des moyens qui présentent le plus d'efficacité est le *repos au lit.* Ce mode de traitement des affections mélancoliques, préconisé pour la première fois, il y a près d'un demi-siècle, par Guislain, et appliqué dans ces derniers temps, méthodiquement et non sans succès, par les médecins aliénistes allemands et russes (v. les travaux de Schüle, d'Illenau ; de Clemens Neisser, de Leubus; de Bernstein, de Moscou, etc.), présente des avantages si marqués que certains auteurs sont portés à le considérer comme un véritable spécifique de la mélancolie.

Le traitement par le lit, ou l'*alitement*, semble en effet indiqué chez ces malades qui manifestent tous les symptômes d'une grande dépression physique et morale. La position horizontale facilite non seulement la circulation cérébrale, mais la circulation générale, le cœur bat plus fort, la température se relève, et l'on voit la cyanose et le refroidissement des extrémités disparaître peu à peu. Les forces se relèvent, en même temps que se calme l'excitation, que diminue la stupeur. Le sommeil devient meilleur et les malades prennent l'apparence de la santé.

Certains médecins, — et je suis de ceux-là, — sont d'avis qu'il faut lever le malade tous les jours, quelques heures, et cela dans un double but hygiénique : d'abord pour obliger le mélancolique à faire quelque courte promenade, ensuite afin de pouvoir faire prendre l'air à la literie.

Ce mode de traitement présente quelques inconvénients auxquels on arrive facilement à obvier. Il y a certains malades, les mélancoliques agités surtout, qui se refusent obstinément à rester étendus dans leur lit ; mais en maintenant auprès d'eux un gardien qui les obligera à se recoucher dès qu'ils se lèvent, on les verra peu à peu s'habituer à leur position horizontale.

Il y a encore le gâtisme et la constipation. Pour le pre-

mier, il y a les soins de propreté qu'on doit à tout malade alité ; contre la seconde, il suffit de quelques laxatifs.

De fait, le repos au lit rend la surveillance des mélancoliques plus facile ; il rend excessivement rares les tentatives de suicide ; mais il est évident que les heures de repos devront être diminuées progressivement à mesure que l'état mental des malades s'améliore et qu'ils entrent en convalescence.

3° Le repos au lit ne dispense pas des autres moyens de traitement, et l'on devra employer, conjointement avec lui, tous les moyens sédatifs du système nerveux. Le plus usuel, celu dont on tire d'excellents effets, est l'emploi des *bains tièdes* prolongés. L'eau doit être maintenue à la température constante d'environ 32° C. ; des compresses d'eau froide devront être placées sur la tête du malade. La durée des bains pourra être, pour les mélancoliques agités, de deux heures, sans inconvénient ; il sera utile d'essayer d'alimenter les malades pendant qu'ils prennent leur bain.

Après les bains se placent les *douches*. Les procédés hydrothérapiques le plus généralement employés sont la douche en pluie et la douche en cercle, enfin la douche en jet le long de la colonne vertébrale. Ces moyens réussissent surtout dans les cas de dépression mélancolique avec analgésie et anesthésie cutanée ; ils constituent le meilleur excitant ; par la réaction qu'ils suscitent, l'activité de la circulation est augmentée ; la nutrition s'améliore et les forces générales se relèvent.

Avec le repos au lit, les bains, l'hydrothérapie, ce qui importe surtout, dans les variétés de mélancolie, même avant toute médication pharmaceutique, c'est l'*alimentation*, et une alimentation régulière et convenable. Il faut soumettre le malade à un régime diététique raisonné, lui faire prendre des aliments légers, non excitants. Généralement les mélancoliques sont portés à se nourrir le moins possible, il faut les exciter à manger et ne rien leur refuser lorsqu'ils ont quelque caprice ; mais on ne devra laisser passer aucun repas sans les obliger

à prendre quelque nourriture, afin de les habituer à la règle générale.

Dans les cas de refus absolu d'alimentation, de sitiophobie, le médecin devra rechercher la cause de ce refus. On sait que chez les aliénés mélancoliques, il peut être déterminé par des raisons psychiques, telles qu'idées de suicide, craintes d'empoisonnement, hallucinations impératives, idées religieuses de mortification, etc.; il en est d'autres, au contraire, où la cause est vraiment physique : la sitiophobie pouvant être provoquée soit par une véritable anesthésie de la sensation de la faim, soit par un état pathologique des premières voies digestives (enduits bilieux ou muqueux de la langue, etc.), point de départ d'illusions du goût, etc.

Dans ce dernier cas, le remède peut être simple; un *purgatif* ou un *vomitif* administré à propos, faisant disparaître la cause, rend l'appétit au malade. Il n'en est pas de même dans les autres cas, la connaissance de la cause ne nous fournissant pas nécessairement le remède. Quoi qu'il en soit, le diagnostic une fois bien établi, lorsqu'il sera démontré au médecin que la sitiophobie est due à une conception délirante, ou à une anesthésie de la sensation de la faim, il sera nécessaire d'agir. Faudra-t-il, sans tarder, employer l'alimentation forcée? ou bien, comme l'enseignent certains auteurs, n'y avoir recours qu'après avoir usé de tous les moyens moraux en notre pouvoir, intimidation, prières, etc.? ou bien encore, faut-il temporiser, employer les petits moyens, tels que celui de laisser constamment des aliments à la portée du malade qui finit par se laisser tenter?

Tous ces moyens peuvent avoir leur efficacité, cela dépend nécessairement du degré de la maladie. Certains mélancoliques finissent par céder et manger sous l'influence des supplications et même seulement de la menace de la sonde. Lorsque les moyens moraux sont impuissants, faut-il recourir à la sonde, sans tarder? Il n'est pas possible de poser, à ce point de vue, des règles absolues; il faut toujours se guider d'après les circonstances particulières, la situation individuelle

de chaque malade. Toutefois, on peut poser en principe qu'on peut retarder de quelques jours l'alimentation forcée quand on a affaire à des malades bien nourris, ayant de la force et de l'embonpoint; qu'au contraire, en présence de mélancoliques débilités, amaigris, il ne faut pas tergiverser et, pour ne pas aggraver leur état physique, et, par suite, leur état mental, recourir sans retard à l'alimentation forcée.

On donne le nom d'*alimentation forcée* à l'introduction, à l'aide de moyens artificiels, des substances nutritives dans les voies digestives.

Le moyen le plus simple, le plus ordinairement employé, est la sonde œsophagienne.

Pour l'employer, il faut d'abord obtenir l'immobilité du malade. Il est des cas où la chose est facile, lorsque le mélancolique est, en quelque sorte, passif, n'oppose aucune résistance; il suffit alors de lui faire tenir bras et jambes par les infirmiers et de lui immobiliser la tête. Mais quand il s'agit d'un mélancolique agité, résistant à tout, résolu à se laisser mourir de faim, se débattant de toutes ses forces, il est bien plus simple, pour éviter les luttes pénibles et les contusions consécutives, de lui mettre la camisole, puis de lui faire tenir les jambes et la tête. L'opération de l'introduction de la sonde devient ainsi plus facile.

La sonde œsophagienne doit toujours être faite en tissu souple et flexible; son diamètre ne dépassera pas 5 millimètres; ses parois seront parfaitement lisses, et à son extrémité inférieure elle sera percée d'un ou plutôt de deux larges yeux disposés latéralement : une seule ouverture terminale rend le passage de la sonde plus douloureux, et s'oblitère d'ailleurs trop facilement. L'extrémité supérieure sera légèrement évasée en entonnoir afin de pouvoir s'adapter à l'appareil qui doit contenir le liquide alimentaire.

L'introduction de la sonde peut se faire par la bouche ou les fosses nasales.

A. — *Cathétérisme par la bouche.* — C'est le mode opératoire le plus simple et qu'il est aussi le plus facile d'employer lorsqu'on

peut arriver à faire ouvrir la bouche et à y placer un coin de bois, par exemple, tenu par un aide, pour maintenir l'écartement des mâchoires. La bouche ainsi tenue ouverte, l'opération offre peu d'obstacles. Il suffit de déprimer la langue du malade avec le doigt indicateur gauche que l'on peut porter jusqu'à l'épiglotte; puis, faisant glisser la sonde le long de ce doigt, on la conduit jusque sur la paroi postérieure et latérale du pharynx, pour éviter de heurter le larynx ou d'y pénétrer, et l'on ramène ensuite l'instrument dans la direction de la ligne médiane. Ce temps de l'opération doit être exécuté avec précaution et rapidité, afin de ne pas entraver la respiration, qui cesse d'être gênée dès que l'extrémité de la sonde a dépassé le cartilage cricoïde et est entrée dans l'œsophage.

Inutile d'ajouter que l'opérateur devra, avant d'opérer, tremper ses mains dans un liquide antiseptique, et enduire l'instrument de vaseline boriquée.

B.—*Cathétérisme par les fosses nasales.* — Le malade assis ou couché, tenu dans la plus grande immobilité, on introduit la sonde, préalablement enduite de vaseline boriquée, dans une des narines; arrivée à la face postérieure du voile du palais en suivant le plancher des fosses nasales, elle devra se recourber à angle coudé, éviter le larynx et suivre la paroi postérieure du pharynx qui la conduit dans l'œsophage. Pendant ce trajet, l'instrument rencontre plusieurs obstacles qu'il est important de connaître et de savoir éviter.

Et d'abord, il faut revenir sur le trajet des fosses nasales qui peut parfois être difficile, soit que les deux narines présentent un rétrécissement congénital, soit que l'une d'entre elles soit plus étroite par suite d'une déviation de la cloison; dans ce dernier cas, il suffit de s'adresser à la narine du côté opposé. Mais lorsqu'elles sont étroites l'une et l'autre, Marcé conseille de ne pas hésiter et « d'introduire la sonde avec une certaine force, au risque de fracturer les cornets antérieurs ou de provoquer une hémorragie qui n'offre jamais de gravité. » Il peut arriver aussi que le malade, en prévision de l'opération qui va lui être pratiquée, s'introduise dans les fosses

nasales, des cailloux ou tout autre corps étranger ; il suffira dans ce cas d'un examen attentif pour les reconnaître, et d'une pince pour les extraire.

Le second moment de l'opération est quand le bout de la sonde arrive sur la paroi postérieure du pharynx et doit se recourber. Assez souvent, pour peu que la sonde soit neuve et n'ait jamais servi, l'obstacle dans ce point est tel, qu'on est obligé de renoncer à l'opération dans la crainte d'une déchirure du pharynx. On obvie à cet inconvénient en prenant la précaution de courber le bout de la sonde avant l'opération.

Une fois ce point franchi, le cathétérisme peut présenter de sérieuses difficultés, qu'il importe d'avoir toujours présentes à l'esprit. Il peut, en effet, arriver :

1° Que l'extrémité de la sonde s'engage dans une des nombreuses lacunes dont est parsemée la muqueuse du pharynx à la partie supérieure : si l'on pousse alors l'instrument sans précaution, la muqueuse peut être perforée, l'instrument s'engage dans le tissu cellulaire qui la sépare de la colonne vertébrale, et il s'ensuit des inflammations rétropharyngiennes et des accidents mortels... Baillarger cite un cas de ce genre : chez un malade, la sonde introduite, au lieu de glisser dans l'œsophage, perfora le pharynx; l'injection alimentaire fut suivie d'un gonflement emphysémateux considérable, de suppuration, et l'aliéné mourut au bout de cinq jours. A l'autopsie on trouva une déchirure du pharynx et une infiltration purulente allant jusqu'au diaphragme.

2° Que la sonde soit trop molle, ou que le patient fasse des efforts violents soit avec la langue, soit en contractant les muscles du pharynx, alors l'instrument, au lieu de descendre à angle coudé, peut se replier tout de suite sur lui-même, et revenir par le nez, ou plutôt par la bouche, où il peut être saisi et coupé avec les dents.

3° Enfin, une dernière difficulté, c'est que soit par la résistance violente du patient qui contracte les muscles du pharynx, soit par une sorte de spame de ces muscles, la sonde ne puisse plus avancer.

Pour obvier à ces inconvénients, on a imaginé tout un arsenal de mandrins pour les sondes, qui, loin de faciliter l'opération, ne font que la compliquer; mais l'expérience prouve qu'avec de la patience et de l'habitude on réussit presque toujours à introduire la sonde sans avoir besoin de recourir à aucun de ces mécanismes supplémentaires. On peut d'ailleurs, pour éviter les inconvénients ci-dessus, recourir à la sonde imaginée par J. Cotard.

« Cette sonde diffère des sondes ordinaires en ce qu'elle présente à son extrémité un bec courbé, d'une longueur d'environ 2 centimètres et faisant avec la sonde un angle obtus d'environ 150 degrés. Ce bec n'apporte aucune difficulté au passage à travers les fosses nasales, et il présente les avantages suivants : la sonde pénètre sans aucune résistance dans le pharynx, il n'est pas nécessaire d'exercer de pression comme on le fait pour les sondes ordinaires qui doivent se courber à la sortie des fosses nasales pour prendre la direction du pharynx...

« Une fois que le bec de la sonde est arrivé tout entier dans le pharynx, l'opérateur en est averti par les mouvements de latéralité qui, impossibles dans les fosses nasales, deviennent faciles dans le pharynx. Si l'on continuait l'opération en poussant simplement la sonde, le bec viendrait se présenter directement dans l'orifice du larynx, comme cela arrive très fréquemment avec les sondes ordinaires. Il faut alors imprimer à la sonde un mouvement de rotation sur son axe; le bec, au lieu de se présenter au larynx, se dirige latéralement et en arrière, et l'entrée de la sonde dans les voies aériennes est impossible. »

Dans les cas où il existe un état spasmodique des muscles du pharynx, dans ceux aussi où ces muscles sont violemment contractés par la volonté du malade, on peut, lorsque la sonde est arrivée à l'entrée du pharynx, y injecter par le pavillon quelques gouttes d'eau-de-vie ordinaire. Ce liquide irritant provoque immédiatement un mouvement réflexe de déglutition entraînant la sonde, qui est légèrement poussée en même temps par l'opérateur (Sizaret).

Mais la sonde a franchi le pharynx et a pénétré plus profondément. Il est de la plus haute importance de savoir si elle est réellement dans l'œsophage, ou si, par hasard, elle ne se serait pas glissée dans le larynx ; car l'injection du liquide alimentaire dans les voies respiratoires entraînerait les plus graves conséquences.

A quels symptômes reconnaît-on que l'instrument s'est introduit dans le larynx ? Les effets de cette fausse manœuvre sont immédiats : il se produit de la suffocation, des accès de toux, de l'aphonie, la figure devient rouge, vultueuse ; on constate en un mot tous les symptômes de l'asphyxie. Il n'y a pas à hésiter en pareil cas, il faut retirer la sonde et recommencer l'opération, jusqu'à ce qu'enfin l'instrument introduit dans l'œsophage, on n'observe plus aucun trouble de la respiration.

Pour ingérer les aliments, on se sert ordinairement soit d'une seringue, soit d'un irrigateur dont l'embout est fixé à frottement dans le pavillon de la sonde, soit plus simplement d'un entonnoir. Les deux premiers procédés, quoique présentant certains avantages, — entre autres celui de la célérité, — s'éloignent un peu trop des conditions requises pour la déglutition normale et peuvent, employés sans précaution, provoquer la distension brusque de l'estomac. L'entonnoir semble donc de tous points préférable : les aliments tombent ainsi, par leur propre poids, avec une certaine lenteur, et il n'y a pas lieu de craindre une brusque distension de l'estomac.

Lorsqu'on retire la sonde, il est essentiel d'en boucher le pavillon avec le pouce, pour éviter que les quelques gouttes de liquide qui restent dans la sonde ne s'introduisent dans le larynx et n'y déterminent des accidents d'irritation.

Les aliments que l'on peut injecter par la sonde œsophagienne peuvent être très variés. Le point essentiel est qu'ils soient assez nourrissants pour sustenter l'économie, assez fluides pour s'écouler facilement par la sonde. Ce double résultat s'obtient en donnant du lait, du chocolat, des bouil-

lons plus ou moins concentrés ou des bouillons tenant des jaunes d'œuf en dissolution; on pourrait à la rigueur mettre aussi dans le lait ou le bouillon un peu de semoule ou de tapioca très fin; mais il y a lieu de craindre dans ce cas la production de grumeaux obturant la sonde, il est donc préférable d'ajouter au liquide du suc de viande pilée.

En règle générale, l'alimentation forcée devra, autant que possible, se rapprocher de l'alimentation rationnelle, le liquide nutritif se composant de tous les matériaux reconstituants de l'économie. Ainsi il ne suffit pas de donner des aliments azotés et féculents, il est important d'y joindre aussi des matières grasses, de préférence de l'huile de foie de morue; puis comme aliments d'épargne, on peut, en certains cas, ajouter un peu d'alcool, du café, du thé, etc.

Il faut profiter de l'introduction de la sonde pour donner aux malades, qui ne les prendraient pas autrement, les substances médicamenteuses qu'il y a lieu de leur prescrire.

Le cathétérisme œsophagien devra être pratiqué deux ou trois fois par jour, chez les mélancoliques sitiophobes; généralement, et à moins d'indications spéciales, deux fois suffisent, la quantité d'aliments ingérés étant de 1 litre et demi à 2 litres.

Pour relever les forces du mélancolique, il est bon de joindre à son alimentation, — qu'elle soit volontaire ou forcée, — quelques médicaments reconstituants, tels que les *ferrugineux*, les *glycéro-phosphates*, l'*arsenic* sous forme de liqueur de Fowler.

Pour exciter l'appétit, l'emploi des *amers*, du *quinquina*, de la *teinture de noix vomique*, sera indiqué.

4° La *constipation* et les autres *troubles digestifs* doivent être combattus avec soin. J'estime que le premier devoir du médecin, en présence d'un aliéné mélancolique à ses débuts, dont la langue est saburrale, l'haleine forte, est de prescrire un *purgatif* énergique. Puis, ultérieurement, si le malade est sujet à la constipation, il faut l'obliger à prendre méthodique-

ment et tous les jours des purgatifs salins à petites doses, de l'eau d'*Hunyadi Janos*, ou de l'eau de *Rubinat*, par exemple, ou encore de lui faire administrer des lavements simples.

Contre les troubles gastro-intestinaux plus profonds, contre la dilatation de l'estomac, pouvant amener de l'auto-intoxication, il sera bon de procéder au *lavage de l'estomac* (Régis, Bettencourt-Rodrigue), et de faire de l'antisepsie des voies digestives. On vaincra souvent ainsi et l'anorexie et même la sitiophobie qui peuvent être dues l'une et l'autre à des troubles des organes de la digestion.

5° Le symptôme le plus pénible et, aussi, le plus tenace de la mélancolie sous toutes ses formes est l'*insomnie*. Pour le combattre, on emploie souvent et successivement toute la série des médicaments hynotiques sans résultat notable, ou même bien satisfaisant. Sans doute le repos au lit, les *bains* donnés dans l'après-midi, même les bains de pieds, sont des procédés qui réussissent parfois à amener le sommeil, même chez les malades les plus réfractaires. Mais le plus ordinairement il faut recourir aux moyens pharmaceutiques dont les plus efficaces sont le *chloral* à la dose de 1 gramme à 1 gr,50 ; la *paraldéhyde* depuis 3 grammes au début jusqu'à 5 et même 6 grammes ; le *sulfonal*, de 1 à 2 grammes. Ces médicaments devront être donnés, le soir à 9 heures, par exemple, dans une tasse de lait sucré ; les malades seront moins disposés à les refuser dans ce véhicule que s'ils leur étaient donnés sous forme de potion. Dans les cas d'alimentation forcée, on les administrera aux malades par la sonde, en même temps que le dernier repas de la journée.

Dans l'énumération ci-dessus des médicaments hypnotiques, il n'est pas fait mention des *opiacés;* ils méritent, en effet, une étude spéciale, l'opium étant, selon l'expression de Schüle, « le roi des médicaments chez les mélancoliques ». Et le même auteur ajoute : « Le but du traitement est toujours de calmer l'organe cérébral. Pour amoindrir l'oppression morale ou la faire disparaître, pour régulariser la marche

des pensées et diminuer l'influence de l'idée délirante sur les autres idées, de façon que la perception reprenne son jeu normal (réveil de l'attention), ce traitement doit être continué; l'on arrive ainsi à la guérison. Le repos du nerf par l'opium est comme l'immobilité d'un membre dans un appareil. Le secret de la thérapeutique par l'opium est dans l'*emploi méthodique* de ce médicament. »

Ce médicament peut s'administrer, sous l'une quelconque de ses formes, de deux manières différentes : à doses modérées et fractionnées ou à doses progressivement élevées.

A doses modérées et fractionnées, l'opium semble indiqué surtout dans les variétés torpides de la mélancolie, chez les malades débilités, à circulation générale ralentie, à activité cérébrale endormie. Si l'on administre à de tels malades de l'extrait thébaïque, par exemple, de 8 à 12 centigrammes par jour, dans une potion à prendre en six fois, à deux heures d'intervalle, on arrive à ramener le sommeil, à tonifier le système nerveux, tout en diminuant l'extrême sensibilité. Bien plus, on voit la circulation générale, celle surtout du cerveau, se ranimer, et comme conséquence plus d'activité et de lucidité dans les conceptions, plus d'animation dans les actes (Engelken, Guislain, Marcé).

Dans la majorité des cas, on a recours aux doses progressivement élevées, et cela soit à l'intérieur, soit sous forme d'injections sous-cutanées.

A l'intérieur, on administre l'*extrait d'opium* ou le *laudanum*.

Le premier de ces deux médicaments devra se prendre d'abord à la dose de 5 centigrammes; puis progressivement on monte à 8, à 10 centigrammes, à 15, même à 20 centigrammes. A cette dose, on obtient généralement un effet calmant et, selon le mot de Krafft-Ebing, « psychiquement anesthésiant ». Parfois, selon la remarque de certaines auteurs, pour obtenir un résultat favorable, il faut augmenter la dose jusqu'à 50 centigrammes; mais ce ne sera que dans des cas rares qu'il y aura lieu d'employer des doses aussi fortes.

L'extrait d'opium devra être donné, non en pilules que le malade n'avalerait peut-être pas, mais dans un véhicule liquide, et les doses administrées en deux fois, le matin et le soir.

Lorsqu'on sera arrivé à la dose maxima, il ne faudra pas cesser brusquement l'usage de l'opium, mais diminuer la dose progressivement.

Quant au laudanum, dont l'efficacité sera étudiée plus loin à propos du traitement de la mélancolie anxieuse, il faudra de même, dans son emploi, élever les doses progressivement et les diminuer de même.

Pour la méthode hypodermique, on emploie le *chlorhydrate de morphine* (Aug. Voisin, Schüle). Les avantages de cette méthode sont considérables à divers points de vue, surtout lorsqu'il faut agir vite et lorsque le malade refuse énergiquement de prendre le médicament par la voie buccale. On se servira encore de cette méthode, de préférence à toute autre, dans les cas où il existe des douleurs périphériques, dans les accès paroxystiques d'anxiété et d'angoisse.

Comme pour l'opium et le laudanum, administrés à l'intérieur, les doses de morphine injectées devront être progressives. On commencera par $0^{gr},01$, afin d'étudier la tolérance et la susceptibilité du malade ; puis on augmentera progressivement, en observant bien entendu l'action de médicament, jusqu'à 6, 10, 20 centigrammes et même davantage. On maintient la dose élevée, pendant quelque temps, jusqu'à ce qu'on ait obtenu le calme désiré ; puis on diminue progressivement les doses.

Les doses maxima à injecter dans les vingt-quatre heures varient selon les auteurs. Schüle assure qu'il est rarement nécessaire d'arriver à la dose de 20 centigrammes ; Cullerre affirme qu'il est inutile de pousser les doses au delà de 40 à 50 centigrammes par jour et d'atteindre la limite toxique pour obtenir tous les effets dont ce médicament est susceptible. Aug. Voisin, qui a fait de cette méthode de traitement une étude spéciale, enseigne que les doses maxima

doivent varier selon les formes de mélancolie. « La lypémanie avec hallucinations et stupeur des jeunes filles guérit le plus ordinairement avec la dose de 9 à 10 centigrammes par jour; la lypémanie simple avec 3 à 5 centigrammes. La lypémanie avec gémissements demande de hautes doses (de 50 à 70 centigrammes) par jour. »

J'estime qu'en ce qui concerne les doses maxima, il est impossible de poser une règle générale; elles varient, en effet, suivant les individus et, aussi, suivant la forme de leur délire. Il importe donc d'agir avec précaution et en tenant compte des indications fournies et par la susceptibilité de chaque malade et par les symptômes morbides qu'il manifeste. Il est certain que les deux variétés extrêmes de la mélancolie, la simple dépression mélancolique et la mélancolie anxieuse avec agitation constante, semblent s'améliorer et même guérir le mieux sous l'influence de traitement morphinique : la première à l'aide de doses minima du médicament, la seconde par l'emploi de doses élevées.

Il est évident que si l'état mélancolique était accompagné d'une lésion cérébrale quelconque, s'il était l'expression symptomatique d'une folie épileptique ou d'une forme quelconque de la paralysie générale, le traitement morphinique serait absolument contre-indiqué. Il en est de même dans les cas où il existerait de l'athérome artériel.

Les effets des injections de morphine sur les mélancoliques ne sauraient être contestés. De même que les diverses préparations opiacées prises à l'intérieur, mais avec beaucoup plus de rapidité d'action, elles produisent les résultats suivants :

1° Le calme, la diminution de l'hyperexcitabilité psychique et de l'angoisse précordiale;

2° L'excitation des nerfs vaso-moteurs et, par suite, le rétrécissement des vaisseaux;

3° Une action trophique sur le système nerveux central; la nutrition est facilitée et l'on voit même les malades soumis au traitement opiacé reprendre de l'embonpoint.

Cette méthode de traitement présente toutefois quelques inconvénients qu'il importe de connaître. Et d'abord, les vomissements : ils se produisent tout de suite, ou deux ou trois heures après l'injection, les premiers jours de traitement; mais, au bout de quelque temps, l'accoutumance se fait, l'état nauséeux disparaît, même lorsque de fortes doses sont injectées. Aug. Voisin conseille, pour empêcher les vomissements, de faire boire au malade, une heure avant l'injection, 1 à 2 grammes de chloral; mais ce qui est préférable, c'est de faire ingérer de la glace par petits morceaux.

Un autre inconvénient, c'est la constipation. Celle-ci n'est pas constante; car il peut arriver, au contraire, qu'une injection sous-cutanée de morphine de 2 à 3 milligrammes détermine des selles abondantes. Mais la constipation, si elle se produit, est aisément combattue à l'aide de purgatifs légers et souvent répétés.

Il peut se produire des incidents plus graves, soit immédiatement après l'injection, soit une ou deux heures après : ce sont des phénomènes d'arrêt du cœur et de la respiration. Le malade pâlit, est pris d'étourdissements, sa vue se trouble, les battements de son cœur diminuent, le pouls devient petit et filiforme, sueurs froides, enfin perte de connaissance. Dans ces cas, il faut recourir aux *frictions* excitantes, à la *respiration artificielle*, à l'*excitation électrique* des nerfs phréniques, puis aux stimulants du système nerveux tels que le *café*.

La pathogénie de ces accidents a été diversement interprétée. Dans le cas où ils se produisent immédiatement après l'injection, on a voulu y voir le fait de l'injection du liquide médicamenteux dans une veine, ou celui d'un choc, ou aussi celui de la paralysie réflexe des centres nerveux dans la moelle épinière, résultant de la piqûre même. Dans les cas où les accidents n'ont lieu que quelques heures après l'injection, il s'agit d'un véritable empoisonnement qu'il faudra combattre selon les règles usitées en pareille circonstance.

Quant aux abcès, phlegmons, à l'endroit des piqûres, on les évitera presque toujours en s'entourant pour faire l'opéra-

tion de toutes les précautions antiseptiques en usage aujourd'hui, et, aussi, en se servant toujours de solutions de morphine fraîches.

Par l'usage prolongé de ce médicament, y a-t-il lieu de craindre la morphinomanie? Ce danger est peu probable, et l'on cite très peu de cas de mélancoliques que le traitement par les injections sous-cutanées de morphine ait rendus morphinomanes. Et cela tient, je crois, à ce que ce traitement, appliqué sur des malades isolés dans des établissements spéciaux, était suivi sous la direction immédiate du médecin qui les en déshabituait progressivement, leur administrait à l'intérieur un succédané et les amenait ainsi à la convalescence, puis à la guérison, sans qu'ils eussent en quelque sorte conscience de la privation de la morphine.

6° A ces moyens de traitement, on a essayé, dans ces dernières années, d'en joindre d'autres, qui n'ont pas donné tous les heureux résultats qu'on en espérait, mais qui n'en méritent pas moins d'être signalés.

On se rappelle le bruit que fit, en 1889, la méthode des *injections de liquide testiculaire*, inventée et préconisée par le professeur Brown-Séquard. Le professeur Mairet (de Montpellier) eut l'idée de l'appliquer au traitement de la mélancolie, et il a consigné, dans un travail publié en 1890, les résultats obtenus; ils ne sont guère concluants. Il expérimenta sur quatre malades atteints de stupeur; ces injections de liquide testiculaire produisirent bien chez eux une surexcitation du système nerveux portant sur l'intelligence, la sensibilité et la motilité, mais elle ne fut que passagère, puisqu'elle a cessé au bout de quelques jours après les injections. Mais à côté de cette action immédiate, il s'en produisit une autre plus durable, c'est une action tonique, régulatrice de la circulation et de la nutrition. En définitive, résultats thérapeutiques nuls, les malades retombant bien vite dans leur état antérieur dès qu'on cessait les injections.

En 1893, Cullerre expérimenta sur des aliénés de son ser-

vice, parmi lesquels se trouvaient un certain nombre de mélancoliques, la *transfusion nerveuse*, préconisée par Constantin Paul. Il faisait à ses malades une injection tous les deux jours de substance grise, au cinquième, à la dose de 4 grammes.

L'amélioration était surtout physique : l'appétit augmentait, la force musculaire revenait et le sujet prenait rapidement de l'embonpoint. La transfusion nerveuse, appliquée dans les affections mélancoliques, peut donc être considérée comme un stimulant de la nutrition, comme un remède essentiellement tonique, mais non comme une indication contre l'élément psychopathique lui-même.

Les mêmes conclusions s'appliquent aux injections au *phosphate de soude*, préconisées par Crocq fils et Francotte, et que Legrain et Bourdin ont systématiquement expérimentées chez les aliénés. Ces derniers observateurs ont établi qu'elles étaient impuissantes à modifier l'état psychique des malades, mais qu'elles agissaient « peut-être directement, plus vraisemblablement d'une façon indirecte, sur la santé physique ».

En résumé, les injections de liquide testiculaire ou phosphatique, de même que la transfusion nerveuse, ne semblent pas devoir constituer, dans l'état actuel de nos connaissances, un mode de traitement de la mélancolie; elles ne peuvent être considérées que comme un adjuvant pour obtenir dans certains cas l'amélioration de la santé physique.

7° A ces divers procédés physiques qui viennent d'être énumérés, il faut ajouter le *traitement moral*, qui présente un certain nombre d'indications, dont la plus importante est l'isolement. Il en a été question plus haut; il est inutile d'y revenir.

Une autre, non moins importante, est celle concernant les relations du médecin et de l'entourage avec le malade. Entourer le mélancolique de soins et de sollicitude, lui témoigner de l'intérêt, chercher à gagner sa confiance, tel doit être le premier but à atteindre. Tant que la maladie sera à l'état aigu,

les discussions avec lui sur ses convictions délirantes seront oiseuses, les critiques et même les exhortations pourront aller à l'encontre du but à atteindre. Dans cette première période de l'affection, « on doit seulement, comme l'a dit excellemment Schüle, s'intéresser d'une façon sincère et tranquille au sort de son malade ; cette attitude lui rend la confiance ; elle lui montre que le médecin comprend sa douleur, et, par des actes plus que par des paroles, lui inspire la confiance et l'espoir. On ne discute pas les idées délirantes, on ne cherche pas à les réfuter, on les accepte, mais sans dissimuler qu'elles sont en contradiction avec la réalité, et devant les essais de démonstration du malade on doit rester ferme et confiant. Acquérir la confiance du malade, c'est le grand point. »

Pour certains mélancoliques, ainsi qu'il a été dit plus haut, il faut éviter aussi soigneusement que possible toute excitation extérieure, toute intervention intempestive des amis et des parents ; ce sont là questions d'espèce sur lesquelles le médecin aura à se prononcer suivant les circonstances. A lui seul il appartient de juger le moment où ces malades pourront sortir de l'isolement nécessaire et recevoir des visites ; mais il faudra contrôler avec soin les résultats de ces premières entrevues, et, s'ils sont défavorables, il ne faudra les renouveler qu'après une nouvelle période d'isolement. Il n'est pas rare de voir les malades eux-mêmes solliciter de nouveau la visite des leurs qu'ils avaient mal reçus une première fois, et pour lesquels ils se montrent alors plus affectueux et dévoués.

Une indication non moins importante du traitement moral, c'est de combattre le désœuvrement des malades. Rien de plus difficile, d'ailleurs. On ne peut songer à faire travailler le mélancolique en état de stupeur, le mélancolique anxieux qui ne peut rester en place et gémit sans cesse ; mais il faut encourager au travail le mélancolique simple, aboulique, celui qui est incapable de vouloir et de pouvoir. Sans l'obséder, on peut lui conseiller d'abord quelques occupations faciles, surtout celles qui demandent un peu de mouvement. Un

moyen qui réussit souvent, c'est de placer de tels malades milieu d'autres travailleurs: les premiers jours ils resten impassibles, semblant ne pas s'intéresser à ce qui se pa ss autour d'eux; mais, peu à peu, ils sortent de leur torpeur, et, entraînés par l'instinct d'imitation, finissent par prendre part au travail commun. Tout médecin aliéniste pourrait citer des exemples de ce genre.

Mais les occupations (travail dans les champs, au jardin, pour les hommes; couture, blanchissage, etc., pour les femmes) ont surtout leur efficacité curative dans la mélancolie, lorsque les malades sont sortis de la période aiguë de leur affection, on entrent en convalescence.

Il en est de même des distractions. On est généralement porté à croire que la mélancolie est une sorte d' « état d'âme » que des récréations, des délassements peuvent arriver à modifier; qu'il suffit de spectacles gais, de diversions agréables, pour chasser la tristesse, les inquiétudes, les tourments d'un mélancolique. Rien de plus faux ; mais aussi rien dont la fausseté soit plus difficile à faire accepter au public incompétent. Aussi le médecin est-il sans cesse en butte aux sollicitations des familles des mélancoliques pour trouver à ces derniers des distractions variées qui, d'après elles, peuvent seules les faire sortir de leur état d'apathie, de stupeur, de tristesse où ils s'obstinent à rester enfermés. Le devoir du médecin, en pareilles circonstances, est tout tracé; il doit opposer un *veto* formel aux réclamations des parents et se réserver le choix de l'heure, du moment où les distractions seront utiles au malade confié à ses soins ; car y obliger celui-ci à contretemps, ce serait le torturer inutilement, même redoubler son agitation et ses conceptions délirantes.

Ces distractions, quelles qu'elles soient, ne sont, je le répète, vraiment utiles que lorsque la période aiguë de la mélancolie est à son déclin, ou bien quand le malade entre en pleine convalescence. Alors, seulement, on peut espérer de bons résultats des promenades en dehors de l'asile, des repas pris en famille, des spectacles, des sorties à titre provi-

soire, même des voyages. Mais qu'on ne l'oublie pas, même avec les mélancoliques qui paraissent être en convalescence, il faut se défier; car combien en voit-on qui dissimulent leurs conceptions délirantes, qui ne profitent de la liberté qui leur est accordée que pour donner suite à leurs idées de suicide.

V

Indications thérapeutiques spéciales pour les diverses variétés de mélancolie.

Les indications thérapeutiques générales développées dans le chapitre précédent s'appliquent à toutes les variétés de mélancolie; mais il en existe de spéciales à chacune d'elles, sur lesquelles il importe de s'arrêter.

A. — MÉLANCOLIE SIMPLE AVEC CONSCIENCE

Chez les mélancoliques avec conscience, la séquestration ne s'impose que dans les cas où existent des obsessions au suicide, ou encore lorsque la dépression physique et morale est telle qu'il est impossible de faire suivre aux malades un traitement méthodique, par suite de la résistance qu'ils offrent à leur entourage de famille.

Dans le traitement de la mélancolie avec conscience, comme d'ailleurs dans celui de toutes les variétés de mélancolie, il y a lieu de faire appel à deux sortes de moyens thérapeutiques :

1° Ceux qui répondent aux indications tirées des diverses fonctions de l'économie;

2° Ceux qui ont pour but de combattre directement la dépression.

Pour ce qui concerne le *traitement physique*, il faut surtout et avant tout relever les forces du malade : le repos au lit, entrecoupé de promenades au grand air, une alimentation

régulière et variée, des toniques, des excitants, répondront à cette première indication.

Pour combattre la tension douloureuse du système nerveux, on aura recours au traitement par *bains* prolongés (une heure ou deux), à la température constante de 28° à 32°, ou encore aux pratiques *hydrothérapiques*, sous forme de douches sur la colonne vertébrale, ou, ce qui vaut mieux, à l'aide du drap mouillé. Les malades, en général, répugnent à ce mode de traitement; mais ils s'en félicitent presque toujours lorsqu'ils l'ont suivi pendant quelque temps, et, en ressentant le plus grand bien, ils s'y soumettent ensuite volontiers.

Il faut surveiller très attentivement la réaction chez ces malades, et l'aider le plus possible par les frictions sèches, l'exercice, l'enveloppement dans des couvertures de laine. Cette réaction est d'autant plus difficile à obtenir, qu'il s'agit d'individus déprimés, se nourrissant peu, refusant de se mouvoir ; mais, raison de plus de veiller à ce qu'elle se produise dans les meilleures conditions possibles.

Quant à l'insomnie, si elle n'est pas vaincue par les bains, l'hydrothérapie, il faudra recourir soit à l'*opium*, soit à un autre médicament hypnotique : le *sulfonal*, la *chloralose*, etc.

Le *traitement moral* peut avoir une efficacité réelle dans cette forme de mélancolie, à condition toutefois de ne rien brusquer. Certes, les mélancoliques avec conscience semblent plus que tous autres susceptibles de s'améliorer sous l'influence de ce qu'on a appelé la *psychothérapie ;* mais il faut bien prendre garde de combattre directement les idées et tendances morbides de ces malades, d'entrer avec eux dans des discussions, surtout d'employer le persiflage ou la moquerie. Par de pareils moyens, on perdrait sa peine et aussi la confiance des malades, et c'est elle surtout qu'il faut arriver à gagner. Il ne faut pas non plus entrer dans leurs idées, car on leur donnerait ainsi un aliment qui servirait sans doute à les entretenir, peut-être à les développer.

La meilleure méthode de traitement moral est la *diversion*

psychique, que les malades trouvent dans le travail, les distractions, les conversations, les promenades, etc. Naturellement tous ces moyens, qu'on peut varier à l'infini, doivent être adaptés selon les circonstances, les lieux, les caractères des individus, etc. C'est dans le choix judicieux de ces moyens, dans leur application méthodique, que le médecin trouvera souvent le succès de sa thérapeutique mentale.

B. — MÉLANCOLIE ANXIEUSE

Dans cette variété de la mélancolie, caractérisée surtout par de l'agitation constante et de l'anxiété, l'indication principale est d'amener le calme, de diminuer la douleur physique et morale du malade. Pour cela, il faut recourir au *repos au lit*, aux *bains prolongés* de deux heures, avec compresses d'eau froide sur la tête ; il faut surtout utiliser les *opiacés* qui, dans cette variété, donnent les meilleurs résultats.

Ce sera le cas d'employer les injections de *chlorhydrate de morphine*, d'après la méthode d'Aug. Voisin, indiquée plus haut ; mais si le mélancolique anxieux n'est pas sitiophobe, s'il ne répugne pas à se médicamenter, il sera préférable d'employer le traitement par le laudanum à l'intérieur, préconisé par Pierret, de Lyon, et par Belle et Lemoine.

Le *laudanum* est administré à doses progressives ; on commence par V gouttes, et on augmente chaque jour de V gouttes ; on peut arriver ainsi à C et même CC gouttes sans qu'il y ait d'accidents à redouter. Belle et Lemoine n'ont pas eu l'occasion de dépasser CC gouttes par jour, l'amélioration étant toujours survenue avant qu'ils eussent atteint cette dose ; mais ils affirment qu'ils n'hésiteraient nullement à atteindre un chiffre plus élevé s'il était nécessaire.

Même à ces doses élevées, le laudanum ne saurait provoquer d'accidents ; tout au plus peut-il amener quelques malaises stomacaux sans importance. Quant à la constipation, elle ne se produit jamais si l'on a la précaution de faire prendre

au malade tous les jours ou tous les deux jours un laxatif, soit, par exemple, un verre d'eau d'Hunyadi-Janos.

Le laudanum, quelle que soit sa quantité, sera incorporé dans une potion qui devra être prise en deux fois, le matin et le soir.

Outre le repos au lit, le traitement par les bains prolongés, celui par le laudanum à l'intérieur, il y a lieu de s'occuper d'une façon spéciale de l'*alimentation* du malade. Il faut, en effet, que celui-ci mange régulièrement, et mange beaucoup. Il importe même d'interroger les goûts du malade et de les satisfaire.

L'hydrothérapie n'aura sa réelle et pleine efficacité qu'à la période de déclin de la maladie, lorsque la santé physique sera devenue meilleure; mais les douches prescrites devront être de durée très courte.

Quant au traitement moral de la mélancolie anxieuse, il ne saurait en être question pendant la période aiguë de la maladie. Durant toute cette phase, le malade, en effet, est d'ordinaire incapable de suivre la moindre conversation; constamment en mouvement, gémissant sans cesse, on ne peut fixer son attention sur aucun travail. Il faut donc attendre le déclin du mal pour pouvoir appliquer avec efficacité les règles du traitement moral qui, dans ce cas, ne sont pas différentes de celles qui viennent d'être indiquées pour la mélancolie avec conscience.

C. — MÉLANCOLIE SÉNILE

Dans cette variété de mélancolie, il faut, au point de vue thérapeutique, tenir compte surtout de la nutrition affaiblie et de l'activité vitale amoindrie; c'est dire assez que la plupart des indications sont tirées des symptômes somatiques.

Plus que dans aucune autre variété de mélancolie, le *repos au lit* s'impose dans la mélancolie sénile, et cela d'une manière presque continue, sauf quelques heures dans le cours de la journée, où le malade prendra l'air. Les bains seront

rares et de courte durée ; l'hydrothérapie est contre-indiquée.

Ce qu'il importe surtout, c'est de relever les forces du malade par une alimentation régulière et appropriée, de lui faire prendre des préparations de *quinquina*, du *vin*, du *café*.

Dans les cas d'affaiblissement physique très prononcé, on obtient de notables résultats à l'aide d'injections hypodermiques des solutions suivantes :

1° Solution de Luton, de Reims :

℞ Sulfate de soude.	10	grammes.
Phosphate de soude cristallisée. . . .	5	—
Eau distillée.	100	—

Dissolvez. 5 centimètres cubes.

2° Solution de Huchard :

℞ Caféine . . . . } ââ.	5	grammes.
Benzoate de soude. . . . . . . }		
Phosphate de soude.	10	—
Eau pure stérilisée.	100	—

Dissolvez. 5 à 10 centimètres cubes.

Cette solution sert aussi comme tonique du cœur et diurétique.

Contre l'insomnie si rebelle chez les vieillards, il faut employer les préparations *opiacées*, ou bien la *chloralose*, le *sulfonal*, etc.

Quant au traitement moral, il y a peu de chose à en dire, sinon qu'il faut éviter au mélancolique sénile toute cause d'excitation, d'irritation ; supprimer les visites des membres de sa famille s'il a pris les siens en grippe, comme il n'arrive que trop souvent ; employer les moyens de persuasion les plus vifs pour le faire manger et recourir à la sonde œsophagienne dès qu'il refuse obstinément de se nourrir.

Dans les cas, qui ne sont pas rares, où les mélancoliques séniles présentent des symptômes d'albuminurie ou de diabète, un régime et un traitement appropriés devront être prescrits

D. — MÉLANCOLIE AVEC IDÉES DE PERSÉCUTION OU PERSÉCUTÉS MÉLANCOLIQUES

C'est surtout pour les malades de cette catégorie que l'isolement dans un établissement spécial s'impose dès le début même de l'affection, à raison du danger que présentent leurs idées délirantes, non seulement pour eux-mêmes, mais aussi au point de vue de la sécurité publique. Ils devront donc être soumis à une surveillance constante à cause de leurs idées de suicide, mais aussi parce que, sous l'empire de leurs idées de persécution, ils peuvent devenir homicides, ou du moins se livrer à des voies de fait sur les personnes de leur entourage.

Le traitement physique des mélancoliques persécutés présente les indications suivantes :

Contre le refus d'aliments, employer d'abord la persuasion, la menace de la sonde ; puis, si, au bout de vingt-quatre heures, on n'a pas réussi à convaincre le malade, faire l'*alimentation à la sonde* œsophagienne. Il arrive souvent qu'une première épreuve suffit, et le malade se remet à manger comme tout le monde.

Contre la constipation opiniâtre, user des *purgatifs* les plus divers. Le mieux est d'obliger le malade à prendre tous les matins, pendant quelque temps, un verre d'une eau purgative (*Hunyadi-Janos* ou *Birmensdorf*).

Contre l'excitation, les *bains* généraux tièdes de une à deux heures; contre l'insomnie, les médicaments *hypnotiques* déjà indiqués.

L'*hydrothérapie* ne devra être prescrite qu'à la période de convalescence.

En ce qui concerne le traitement moral, les persécutés mélancoliques méritent, plus que tous les autres, qu'on s'intéresse à eux. Ils sont, en effet, à la fois *victimes* et *coupables ;* ils ont besoin de confier à quelqu'un ce qu'ils ressentent et éprouvent un véritable soulagement à le faire. C'est donc surtout à l'égard de ces malades que le médecin fera preuve de

patience : écouter, sans les contredire, le récit de leurs misères et de leurs souffrances. Une fois en possession de leurs secrets, de leurs préoccupations délirantes, il lui sera plus facile d'avoir sur eux l'ascendant nécessaire, et, par suite, d'agir utilement sur leur état mental.

E. — MÉLANCOLIE AVEC STUPEUR

Le premier remède à appliquer dans le cas de mélancolie avec stupeur est l'*isolement*. De plus, une surveillance constante et de tous les instants s'impose ; car, comme on l'a vu plus haut, le mélancolique stupide est porté à mettre à exécution, d'une manière en quelque sorte impulsive, les idées de suicide dont il est presque toujours obsédé.

Le traitement physique consistera d'abord dans le repos au lit, qui semble le moyen le meilleur pour éviter les infiltrations, la cyanose des extrémités produites par le ralentissement de la circulation, pour combattre la lenteur respiratoire. Il est ensuite de la plus haute importance de surveiller avec soin l'alimentation de ces malades et, s'ils refusent de prendre la nourriture régulière, de ne pas hésiter à les nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne immédiatement. Il importe de leur donner une nourriture saine et abondante. Les excitants, tels que *vin*, *alcool*, *café*, *kola*, etc., sont même indiqués dans ces cas, et peuvent être donnés à la sonde.

Les moyens qui semblent fournir les meilleurs résultats dans la mélancolie avec stupeur, sont les *révulsifs* et les *dérivatifs*. Pour ces derniers, on pourra employer surtout l'*aloès* et les *purgatifs* de cet ordre ; en ce qui concerne les révulsifs, on a préconisé surtout les *vésicatoires* à la nuque et les *sétons*. Le vésicatoire « n'agit pas seulement comme un révulsif physique ; certains aliénistes le considèrent comme un agent de révulsion morale destiné à détourner l'attention du malade, et à ramener la sensibilité » (Cullerre).

Afin de combattre l'anesthésie, l'analgésie, on a employé l'*urtication*, l'*électricité* : mais le moyen le meilleur est

encore les *bains sinapisés*. Pour administrer ces bains, « on introduit de 2 à 3 kilogrammes de farine de moutarde dans un grand bain à 28° C. On y laisse le malade de cinq à dix minutes. Il faut avoir le soin de garnir les parties génitales, pour éviter une irritation insupportable » (Ball).

Après les bains sinapisés, il faut placer, comme moyen hydrothérapique, l'enveloppement dans le *drap mouillé*, qui donne d'excellents résultats.

Quant au traitement moral de la mélancolie avec stupeur, il ne peut guère en être question qu'à la période de la convalescence. Toutefois, il est un point que le médecin ne devra jamais oublier, c'est que le mélancolique stupide, sous son indifférence pour tout ce qui se passe autour de lui, n'est pas en réalité aussi *absent* qu'il le paraît; il entend très bien tout ce qu'on dit. Aussi le devoir du médecin et de tout l'entourage sera de ne rien dire devant le malade qui puisse augmenter ses préoccupations morbides et, par là peut-être, aggraver son état.

Pour les autres indications du traitement moral, comme elles ne sont applicables qu'à la période de la convalescence, elles ne diffèrent guère de celles qui ont été précédemment indiquées. Cependant, comme la mélancolie avec stupeur est souvent provoquée par un choc moral violent, il faut, autant que faire se peut, éviter au convalescent toute émotion trop vive, pouvant ébranler son système nerveux.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DE LA FOLIE INTERMITTENTE

(CIRCULAIRE, DOUBLE FORME, ALTERNES, ETC.)

PAR

V. MAGNAN ET A. PÉCHARMAN

De l'Académie de médecine.

Médecin des asiles d'aliénés de la circonscription de Paris.

I

Considérations cliniques.

Le mode de succession d'accès isolés de manie et de mélancolie a servi pendant longtemps à caractériser certaines psychoses. On a ainsi décrit et on décrit encore une *manie périodique*, une *mélancolie périodique* suivant que les accès qui se reproduisent chez un même sujet, dans un laps de temps donné, présentent la forme maniaque ou la forme mélancolique. Baillarger et Falret décrivent en même temps, en 1854, un nouveau type morbide caractérisé par la succession plus ou moins régulière, chez le même individu, des accès maniaque et mélancolique. Mais alors que pour Baillarger le cycle était constitué par la succession de deux périodes : manie, mélancolie (accès), intermittence ; — manie-mélancolie (accès), intemittence, etc., pour Falret, il y avait parfois une intermittence entre les deux phases de l'accès, manie et mélancolie. Baillarger dénommait son type morbide *folie à double forme ;*

Falret appelait le sien *folie circulaire.* D'autres auteurs, Delaye par exemple, allèrent plus loin que Falret, ils admirent qu'une longue intermittence pouvait s'intercaler entre la phase maniaque et la phase mélancolique et désignèrent ce nouveau type sous le nom de *folie à formes alternes.*

Toute la discussion demeurait ainsi limitée aux rapports entre les phases du cycle et l'intermittence ; mais lorsqu'on envisage les observations complètes, s'étendant sur un très grand nombre d'années, on voit clairement que ces rapports sont variables et ne présentent une certaine fixité que pendant une assez courte période. En y regardant de près, on trouve même une foule d'autres formes, l'état maniaque, l'état mélancolique et l'intermittence pouvant se grouper de façons très diverses. Et si l'on voulait donner un nom à toutes ces variétés, on n'aurait plus seulement la double forme, la forme circulaire, mais on trouverait facilement des triples, des quadruples formes, des doubles, des triples alternes, etc. Il y a plus : toutes ces variétés peuvent se présenter successivement chez le même malade; on voit alors la même affection désignée, suivant les époques où elle est observée, sous les noms de mélancolie, manie, folie périodique, folie à double forme, folie circulaire, et plus tard même sous le nom de manie ou de mélancolie chronique. C'est là une remarque qu'il nous a été donné de faire à plusieurs reprises.

Les descriptions classiques de quelques-unes de ces formes, considérées comme maladies distinctes, signalent bien ces faits, mais elles ne montrent point suffisamment le lien qui les unit.

Reportons-nous par exemple à la page 238 de l'ouvrage de M. Ritti, où se trouve résumée l'évolution de la folie à double forme.

« La folie à double forme, dit l'auteur, peut débuter d'emblée dans certains cas, avant de se constituer, elle est précédée de plusieurs accès mélancoliques ou maniaques, séparés par des intervalles lucides... » Et plus loin :

« Un troisième mode de détermination est sa transforma-

tion en une autre forme de folie, en manie ou en mélancolie simple par exemple; on a observé quelques faits intéressants... » etc.

Voilà donc une maladie qui peut avoir pour point de départ soit des accès maniaques, soit des accès mélancoliques, séparés par des intervalles lucides (intermittence). Puis la double forme, la circulaire, les formes alternes, etc., se déroulent successivement, et, après un nombre d'années plus ou moins long, alors que la maladie tend à la chronicité, on voit disparaître peu à peu la tendance à la succession même des formes ; l'une d'elles prédomine enfin sur l'autre et s'installe définitivement ; c'est tantôt une manie chronique qui aboutit à la démence, tantôt une mélancolie chronique dont le terme final est encore la démence. De telle sorte que, pour constituer la double forme, on est obligé de décapiter la maladie, d'amputer ses membres ; et ce tronc ainsi mutilé devient une maladie nouvelle, absolument comme si, dans le délire chronique, on supprimait d'une part les périodes d'inquiétude et de persécution, et d'autre part la phase de démence, pour ne voir qu'une maladie plus étroite : la mégalomanie. De telle sorte encore que cette affection générale, qui se présente à nous sous des aspects différents, ne vaut pas plus par le mode de succession des accès qu'elle ne vaut par l'intermittence seule ; elle ne vaut que par son évolution tout entière, et, ajoutons-le, par le terrain sur lequel elle s'est élevée.

La dénomination de *folie intermittente* appliquée, sous ces réserves, à ce groupe nosologique a l'avantage de mettre en saillie les caractères particuliers de la période intercalaire pendant laquelle l'intelligence reste intacte, du moins au début et durant de longues phases de la maladie. L'intégrité mentale est en effet d'une importance capitale pour la détermination de cette espèce ; à notre avis, on ne doit ranger dans le cadre de la folie intermittente que les sujets chez lesquels les accès périodiques, circulaires, alternes, constituent toute la maladie, et qui, jusqu'au jour où éclate le premier accès, n'ont présenté, bien que prédisposés, aucune de ces anoma-

lies affectives, intellectuelles ou volitionnelles qui caractérisent la dégénérescence mentale.

Les fous intermittents ne sont donc pas des dégénérés ; ces derniers, sans doute, peuvent avoir aussi des accès périodiques, mais l'élément essentiel est, chez eux, la base dégénérative, la déséquilibration caractéristique, et l'on admettrait d'ailleurs les dégénérés dans le cadre des folies périodiques, aurait-on le droit d'en éliminer les malades porteurs de lésions organiques, les paralytiques généraux, par exemple, qui peuvent présenter des accès périodiques aussi nettement dessinés que ceux des dégénérés?

Les premiers accès sont presque toujours des accès isolés maniaques ou mélancoliques; les formes mélancoliques paraissent plus fréquentes, mais ces malades déprimés, faciles à surveiller dans les familles, ne sont pas toujours amenés dans les asiles. Exceptionnellement la folie intermittente débute par un cycle : manie-mélancolie ou mélancolie-manie, mais dans ces cas même, on voit habituellement des accès isolés intercalaires. L'invasion de l'accès, est, en général, très rapide, et ne présente point la période prémonitoire que l'on trouve à l'origine des accès de manie et de mélancolie simples. Parfois le début de l'accès est marqué par une particularité, que l'on a comparée à l'aura, et qui se reproduit dans les autres accès. Un malade prononce avec une certaine intonation certains jurons, un autre siffle, un troisième a une hallucination de la vue (Schüle), une femme revêt un vieux peignoir, l'accès éclate aussitôt et le même signe annoncera plus tard les autres accès.

L'accès affecte d'emblée l'un des degrés de la manie ou de la mélancolie auquel il se maintient. Dans le cas de cycle, à l'un des degrés de la manie correspond un degré différent de la mélancolie, et *vice versa;* le passage de l'une à l'autre phase est habituellement brusque et peut même, dans certains cas, ne pas dépasser une heure. Le malade se couche mélancolique, et dans la nuit il devient maniaque, et réciproquement.

L'accès en lui-même est en général uniforme, continu, sans paroxysmes appréciables ; il est régulier, souvent court, et cesse brusquement comme il est venu.

L'*intermittence* qui apparaît alors est habituellement très longue ; elle permet de constater l'intégrité complète de l'intelligence. Après chacun de ses premiers accès, le sujet reprend ses occupations, sa place dans la famille, son rang dans la société, sans que rien dans ses facultés intellectuelles, ses sentiments, ses penchants, son caractère, ses actes, décèle la moindre atteinte morbide.

Telles sont très rapidement résumées les premières périodes de l'affection ; mais celle-ci se modifie avec le temps. En dix, quinze, vingt ans et plus, les accès intermittents revêtent des caractères différents de ceux que l'on a tout d'abord observés.

Ces accès changent de forme ; à la manie, à la mélancolie périodiques succèdent les formes alternes, la double forme, etc. Les accès deviennent plus longs, plus irréguliers ; dans le cours d'un accès, on voit survenir des exacerbations passagères de même couleur ou de couleur différente (bouffées de manie aiguë dans un accès d'exaltation maniaque ; bouffées mélancoliques dans un accès de manie, etc.).

Les accès isolés et courts présentent pendant longtemps de grandes ressemblances ; il en est de même pour les phases homologues des accès cycliques, et ce n'est pas un des faits les moins curieux que de voir à chaque accès, à chaque phase du cycle, le malade évoquer les mêmes souvenirs, exprimer les mêmes idées, les mêmes sentiments, et cela dans les mêmes termes. Mais ces accès, qui semblent coulés dans le même moule, se déforment, se modifient à la longue. Ils perdent de leur activité et de leur coordination, et il n'est pas rare de voir surgir, à la fin, des idées hypochondriaques ou ambitieuses avec un certain degré d'incohérence comme dans les intelligences en voie de déclin. Les accès enfin se prolongent, se rapprochent, parfois même le délire devient continu ; c'est ainsi qu'un malade de M. Dagonet présentait des accès de

trois semaines absolument identiques, suivis de trois semaines de lucidité, mais au bout de quelques années les accès se rapprochèrent, et le délire finit par devenir continu pour aboutir finalement à la démence.

L'intermittence évolue en raison inverse de l'accès; tandis que celui-ci s'accroît, s'allonge avec les progrès de la maladie, l'intermittence, au contraire, diminue, se raccourcit. Mais elle ne varie pas seulement comme étendue, elle se modifie aussi comme caractère. Au début, en effet, et pendant une longue période de la maladie, l'intelligence est intacte, mais avec la répétition et la prolongation des accès, quelques modifications interviennent. La lucidité est entière encore; mais si la portée intellectuelle n'a pas diminué, on constate déjà, tantôt une certaine irritabilité, une activité remuante qui n'existaient pas auparavant, tantôt au contraire une apathie, une nonchalance d'autant plus accusées qu'on les compare à l'état primitif du sujet. Plus tard enfin, la mémoire faiblit, les associations d'idées se ralentissent, le jugement se fausse : le malade tend vers la démence. Mais, il ne faut pas l'oublier, ce n'est qu'après un très grand nombres d'années que l'on commence à remarquer cette déchéance intellectuelle. De telle sorte que les progrès de l'âge (athérome) jouent, dans la production de la démence, un rôle aussi important que l'accumulation des accès.

Telle est, en une vue d'ensemble rapide, l'*évolution* de la folie intermittente. Il nous reste à indiquer brièvement quelques particularités étiologiques. Nous avons dit que les intermittents étaient des aliénés héréditaires. L'observation clinique démontre, en effet, l'influence active de l'hérédité créant une prédisposition qui, latente pendant longtemps, n'en fait pas moins sentir un jour son intervention énergique par le développement de toutes pièces et la reproduction, souvent sans cause déterminante appréciable, d'accès de manie et de mélancolie. Moins accusée toutefois ici que chez les dégénérés, la prédisposition vésanique s'exerce plus fortement que chez les délirants chroniques, et les fous intermittents, au point

de vue étiologique, viennent s'intercaler entre les deux groupes.

C'est sans doute à la faveur de cette prédisposition que la périodicité peut parfois chez la femme se rattacher, dans les débuts de la maladie, à la menstruation; mais il n'y a point pour cela une folie périodique menstruelle; il n'y a qu'une folie intermittente, ou une folie des dégénérés, suivant la nature du terrain qui réagit.

En possession de tous ces éléments étiologiques et symptomatologiques, nous pouvons donc définir la folie intermittente : *une espèce pathologique, se traduisant par la répétition, chez un sujet à prédisposition latente, jusque-là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution et des caractères généraux communs qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres formes de folie.*

II

Traitement.

Etant donné ce que nous savons cliniquement de la folie intermittente, la première indication qui s'impose au médecin, dès que le diagnostic est établi, c'est de prévenir le retour des accès.

A. — Or, y a-t-il un spécifique contre cet élément primordial de la folie intermittente, en d'autres termes, possédons-nous un moyen de conjurer les crises et d'en diminuer la fréquence ? Nous croyons que dans l'état actuel de la science, il est permis de répondre par la négative. Le *sulfate de quinine*, l'antipériodique par excellence, a été très souvent employé, mais il n'a pas répondu aux résultats que l'on espérait.

On a cité quelques cas de guérison de folie à double forme par le sulfate de quinine, mais en les examinant de près, il semble qu'on ait eu affaire non à la folie intermittente

mais à des accès maniaques et mélancoliques liés à la dégénérescence. Pour notre part, nous avons eu aussi plusieurs fois l'occasion de mettre à contribution le sulfate de quinine dans le traitement de la folie intermittente, mais nous n'avons jamais, quelles qu'aient été les doses du médicament et la durée du traitement, obtenu de modification dans la marche de la maladie.

L'*acide arsénieux*, cet autre spécifique des fièvres intermittentes, n'a pas donné plus de résultats heureux que le sulfate de quinine. Le *haschich* (Brière de Boismont), la *stramoine*, l'*opium* (Krafft-Eling), le *bromure de potassium* (Kraepelin), ont été employés aussi d'une façon systématique contre la folie intermittente sans qu'on ait pu affirmer leur action curative constante et directe.

En l'absence d'un spécifique qui permette de conjurer le retour des accès, il nous reste donc à chercher les moyens rationnels d'en atténuer l'intensité. A ce but concourt toute une série de procédés physiques, diététiques et pharmaceutiques, dont l'indication finale est de placer le sujet dans l'état de calme cérébral le plus grand possible.

B. — Et d'abord la *séquestration* s'impose dans la plupart des cas. Dans les formes dépressives sans doute, le malade peut être conservé dans la famille s'il n'y a pas d'impulsions, ni de délire actif; mais il faut prévoir le cas dans lequel la forme dépressive observée est la phase d'entrée d'un accès cyclique, et alors, comme dans les formes expansives, la séquestration est nécessaire, aussi bien pour soustraire le malade aux causes multiples d'excitation, que pour éviter les actes regrettables qu'il pourrait commettre.

1° Arrivé à l'asile, le malade doit être laissé libre, sous la surveillance constante d'un personnel éprouvé. Il faut de toute nécessité supprimer les moyens de contention. *Plus de camisole de force, plus de fixation mécanique sur le fauteuil ou sur le lit.* Attacher un maniaque sous prétexte qu'il peut se nuire à lui-même ou nuire aux autres, etc., lier un mélancolique pour l'empêcher de se suicider, sont des mesures illo-

giques, car elles vont à l'encontre du but qu'elles se proposent. Les mélancoliques s'étranglant avec les liens de leurs camisoles ne sont pas rares, et les agités maintenus n'en continuent pas moins à vouloir donner libre cours à leur besoin irrésistible de mouvement. De là ces accès de fureur maniaque que l'on n'observe plus aujourd'hui dans les services où le *non-restreint* est en vigueur. De là aussi cette lutte du maniaque contre l'appareil qui le maintient, lutte qui amène d'une part une énorme déperdition des forces et d'autre part des excoriations, des eschares, des phlegmons, etc. La coercition est donc une mesure nuisible : elle est plus nuisible encore quand, dans le cours de la maladie, survient de la fièvre, signe précurseur d'un délire aigu ou syndrome d'une complication organique. Camisoler un maniaque ou un mélancolique fébricitants, c'est les vouer presque à une mort certaine.

Les médecins qui jusqu'ici ont employé systématiquement la camisole de force dans le traitement des formes aiguës de la folie s'imaginaient qu'il n'était pas possible d'abandonner cet instrument de contention sans s'exposer à de graves accidents. La pratique journalière est venue affirmer les avantages nombreux du *non-restreint ;* la camisole tend à disparaître des asiles.

2° Mais voici, comme nous l'avons déjà dit dans les Notions générales de thérapeutique[1], qu'un pas de plus est fait dans la voie qu'ouvrirent Pinel et Conolly. En Allemagne, en Russie, en Hollande, en Suisse, on substitue au régime cellulaire le régime hospitalier du *séjour au lit*, systématiquement appliqué au traitement des formes aiguës d'aliénation. Avec les partisans de l'alitement, nous pensons que la durée de l'accès est moindre, que l'agitation et le délire perdent plus promptement de leur activité, que la santé générale reste meilleure.

L'intermittent maniaque placé au lit continue naturellement à s'agiter, à gesticuler, à parler, crier, chanter ; il jette

1. Pages 53 et suivantes.

son oreiller, son traversin, repousse les couvertures, les draps, se lève un très grand nombre de fois du lit, mais au bout de deux ou trois jours, tout en restant agité, il finit par ne plus quitter le lit, ou, s'il en sort, il se recouche promptement lui-même sur une simple injonction; il y a là l'influence de l'imitation, de l'exemple qui le gagne et qu'il subit; alité, le maniaque, dès qu'il s'endort, éprouve un vrai repos, et ces moments de sommeil sont tout à fait réparateurs. Dès qu'il se réveille, il se remet à parler, à gesticuler, le plus souvent s'assied dans son lit et, sans en descendre, il donne par les mouvement de ses bras, de sa tête et de son corps satisfaction au besoin de mouvement qui le domine.

L'agitation est habituellement moindre la nuit, et au bout de quelques jours le malade a plusieurs heures de sommeil. Dans les cas d'agitation considérable et surtout bruyante, le maniaque n'est pas laissé au dortoir la nuit, il est placé dans une chambre dont la porte munie d'un large vasistas permet d'explorer du regard et de surveiller toutes les parties de la pièce. Là, le malade marche, continue à se mouvoir, il frotte les murs, déplace les matelas posés à terre, et finit par s'étendre sur l'un d'eux et dormir plus ou moins longtemps.

Au bout de peu de jours l'agitation s'amende en général, et le malade est maintenu au dortoir, la chambre d'isolement, n'étant elle-même qu'un séjour pour la nuit tout à fait temporaire.

Dans la phase mélancolique, s'il survient des idées de suicide, le malade doit être maintenu au dortoir et soumis à une surveillance continue, quel que soit le degré d'angoisse et d'excitation.

Non-restreint et alitement sont donc les deux mesures générales auxquelles on doit d'abord avoir recours dans la folie intermittente.

3° Les moyens perturbateurs puisés dans la matière médicale pour sidérer l'accès à son début n'ont pas donné de résultats favorables; les *vomitifs*, les *drastiques*, se sont montrés plutôt nuisibles qu'utiles. Il en est de même des *émissions sanguines;* dans un cas de Baillarger (folie à double

forme), la période maniaque parut céder à la saignée, mais la période mélancolique persista ; bien plus, « la maladie se réduisit à des accès intermittents de mélancolie profonde, survenant à des intervalles à peu près réguliers, mais resta malgré tout incurable » (Marcé).

La thérapeutique n'est cependant pas absolument impuissante en face des accès isolés. Or, nous savons que dans la grande majorité des cas, ces accès isolés sont les phénomènes de début de la folie intermittente. Tous nos efforts doivent donc se porter de ce côté, car il est légitime de penser qu'en atténuant l'intensité de ses accès et en diminuant leur longueur, nous pouvons prolonger la durée de la résistance cérébrale, et reculer l'arrivée des modifications intellectuelles qui viennent troubler l'intermittence et ouvrir la marche de l'incurabilité. Voyons d'abord ce que l'on doit faire en face de l'accès maniaque.

4° Le traitement consiste dans l'administration simultanée de *bains tièdes prolongés* et du *bromure de potassium* associé au *chloral*.

La durée du bain à 33° C. sera calculée d'après le degré d'excitation ; elle sera de une, deux, trois, quatre et cinq heures. Les bains tièdes prolongés produisent une sédation très nette et procurent du repos aux malades. Pendant le bain, il est bon de maintenir sur la tête des compresses d'eau froide ou de laisser couler sur la tête recouverte d'un linge un léger filet d'eau.

Quand le malade trop agité ne peut pas être maintenu au bain, on peut remplacer celui-ci par le drap mouillé, qui est également un moyen assez efficace de sédation. Les malades sont soigneusement enveloppés dans le drap et dans une couverture de laine, il est bon d'envelopper chaque pied et la moitié de la jambe dans une botte d'ouate saupoudrée de farine de moutarde. Des compresses mouillées froides sont maintenues sur la tête. On provoque une forte sudation en faisant boire abondamment soit des limonades, soit des infusions de tilleul ou de feuilles d'oranger.

On donnera le bromure de potassium à la dose de 3 à 5 grammes au repas du soir, deux à trois heures après on fera prendre de 2 à 3 grammes de chloral. Ainsi administrés, ces deux médicaments agissent simultanément, et leur action combinée procure presque toujours le sommeil. Le bromure, en effet, agissant lentement, son action continue à s'exercer quand on donne plus tard le chloral dont l'action est, au contraire, assez rapide.

Au bout d'une dizaine de jours, si les nuits deviennent meilleures, on suspend l'usage du bromure et l'on ne donne le chloral que conditionnellement, c'est-à-dire dans le cas où l'agitation vient à augmenter.

On pourrait remplacer le chloral par le *trional* ou le *sulfonal* à la dose de 2 à 3 grammes par cachets de 50 centigrammes, mais le chloral nous a toujours paru plus efficace.

Quand cette médication ne réussit pas, on peut recourir parfois, avec succès, à l'administration de *laudanum* à doses progressives, en commençant par XV gouttes, puis en augmentant chaque jour d'une goutte jusqu'à 4, 5 grammes et même 10 et 15 grammes par jour.

La *morphine* ne nous a pas donné de résultats favorables, nous l'avons employée en injections sous-cutanées par doses quotidiennes progressives jusqu'à 30 et 40 centigrammes. Ce médicament, peu efficace chez le maniaque, présente, en outre, le danger de provoquer des habitudes morphiniques dont il est très difficile de se défaire. Mendel préconise l'*ergotine*, avec laquelle il aurait obtenu une suppression durable des accès.

L'*hyosciamine*, la *digitale* ne nous ont donné que quelques moments de calme sans exercer d'influence sur la marche de la maladie.

L'*émétique* en lavage, qui a également été conseillé, provoque un état nauséeux et une dépression considérable des forces que l'on peut considérer comme préjudiciable. On doit s'en abstenir, à moins d'indications spéciales.

5° Un médicament fort utile, et qui peut être d'un grand

secours, hors de l'asile, dans le cas surtout où la folie intermittente débute par un violent et rapide accès de manie, est le *chlorhydrate d'hyoscine;* c'est en quelque sorte le spécifique du syndrome *agitation*, car aucun accès maniaque ne peut, passagèrement du moins, résister à son action. Avec le chlorhydrate d'hyoscine, on est toujours assuré de calmer un maniaque et de lui procurer quelques heures de sommeil. La solution habituellement employée est la suivante :

℞ Chlorhydrate d'hyoscine.	5 centigr.
Eau distillée de laurier-cerise	2 grammes.
Eau distillée	23 —

M. s. a.

Une demi-seringue de Pravaz, de cette solution, renferme un milligramme d'hyoscine.

Quand on injecte à un malade en proie à une vive excitation maniaque 1 milligramme à 1^mg^,5 de chlorhydrate d'hyoscine, on ne remarque d'abord aucun changement dans ses allures; mais au bout de cinq à dix minutes, rarement davantage, l'agitation s'apaise, les mouvements perdent leur brusquerie et leur rapidité, ils sont moins étendus. Par intervalles de quelques secondes, le malade reste tranquille, s'arrête s'il est debout, ne gesticule plus. La démarche devient titubante, chancelante, les mouvements mal coordonnés.

La faiblesse musculaire et l'incoordination motrice obligent bientôt le malade à s'étendre, et au bout de quinze à vingt minutes il ne peut plus se lever. Il essaie encore de se redresser, mais ses jambes alourdies ne le soutenant plus, il se traîne accroupi sur le sol. En même temps la loquacité diminue, la volubilité s'amende, il y a des intervalles de silence ; la voix devient de plus en plus faible, quelquefois elle est cassée, tremblante, et au bout de vingt-cinq minutes, elle est éteinte ; le malade ne parle plus, ou dit de temps à autre quelques mots qu'on a de la peine à saisir.

Un état de lassitude générale accompagne ces phénomènes. Si le malade est assis, la tête retombe sur la poitrine, les paupières se ferment malgré lui, et finalement il s'endort. Le

sommeil ne paraît pas profond ; si l'on touche le malade, il ouvre les yeux, mais se rendort aussitôt. Ce sommeil dure de cinq à dix heures. Au réveil, le malade reste calme parfois une demi-heure, et quand l'action du médicament est épuisée, l'agitation et la loquacité reviennent aussi intenses qu'avant l'injection. On observe habituellement de la fréquence du pouls, de la tachycardie, de la sécheresse du gosier, de la soif et une mydriase qui persiste parfois trois jours.

6° En dehors de ces médicaments, il faut surveiller l'état général, l'état des forces, et par suite l'*alimentation* du malade ; par un bon régime, il répare les forces que son activité maladive lui fait perdre incessamment. On a rarement l'occasion de forcer les maniaques à manger ; ces malades sont ordinairement gloutons ; mais en cas de refus d'aliments, il ne faut pas hésiter à employer le *cathétérisme* œsophagien, sous peine de voir survenir, à brève échéance, un affaiblissement considérable de la résistance physique dont la conséquence ne tarderait pas à être funeste.

Il faut écarter toutes les boissons excitantes, aussi bien les boissons fermentées (vin, bière, cidre) que les boissons distillées (eaux-de-vie, cognac, rhum, liqueurs). Le lait, l'eau, les limonades, les infusions (*tilleul*, *feuilles d'oranger*, *houblon*, etc.) sont les boissons les plus utiles.

Ces boissons, et en particulier le lait, conviennent également dans la forme mélancolique dont nous allons nous occuper.

C. — Dans l'accès mélancolique, le relèvement de la nutrition est la principale indication du traitement.

1° Le régime diététique devra être surveillé avec le plus grand soin ; il faudra donner une nourriture substantielle facile à digérer, riche en albumine, mais non excitante. Souvent l'alimentation est défectueuse, à cause de l'aversion du malade pour la nourriture ; mais avant de recourir à l'alimentation artificielle, il faut rechercher la cause de cette aversion. Tantôt celle-ci est d'origine physique, due à un mauvais état gastro-intestinal, à la constipation, et elle cède

à l'amélioration de ces états ; tantôt elle est d'origine psychique ; on est obligé alors, après avoir épuisé tous les moyens moraux (persuasion, exemple, etc.), de recourir à la sonde œsophagienne. Il est même utile de procéder parfois au lavage de l'estomac avant l'administration des aliments.

2° En dehors d'une alimentation réglée et choisie, on pourra opposer à la dénutrition, à l'amaigrissement, à l'anémie, une médication plus spéciale ; les toniques, les analeptiques, le *quinquina*, l'*arsenic*, le *fer*, etc. Mais ce qu'il faut toujours et particulièrement surveiller, c'est l'état du tube digestif, car l'amélioration mentale suit souvent l'amélioration des troubles gastro-intestinaux. Il faut donc lutter contre la constipation si fréquente dans ces formes mélancoliques et veiller à la régularité des selles. Dès les débuts, on pourra administrer un *purgatif* salin, et comme aucun détail n'est inutile en thérapeutique mentale, donner de préférence un purgatif agréable comme le *citrate de magnésie* à la dose de 40 à 50 grammes sous forme de limonade. Si la maladie se prolonge, on pourra habituellement obtenir la régularité des selles par un régime alimentaire et une hygiène appropriée. A l'alimentation substantielle, on ajoutera l'usage du pain de son ou de seigle, l'usage des épinards, de l'oseille, et en général des végétaux qui laissent un abondant résidu cellulosique. Les fruits mûrs, les raisins, les pruneaux, le petit-lait le matin produisent aussi des effets laxatifs. Si ce régime est insuffisant, la *rhubarbe* mélangée à la *magnésie*, en cachets de 20 à 30 centigrammes de chaque substance, le *podophyllin* en pilules à la dose de 2 à 3 centigrammes, associé à la *jusquiame* ou à la *belladone*, et, chez les malades qui présentent des céphalalgies, des rougeurs de la face, l'*aloès* à la dose de 5 à 10 centigrammes en pilules parferont l'effet utile de la diététique. L'aloès et le podophyllin doivent être donnés le soir, pour agir le lendemain matin. Dans quelques cas enfin, les lavements additionnés de *miel de mercuriale* (30 grammes) ou de *glycérine* (2 à 3 cuillerées), ou même simplement *savonneux*, pourront être avantageusement utilisés.

L'antisepsie gastro-intestinale (*benzo-naphtol, salicylate de bismuth, salol*, etc.) trouve aussi ses indications; elle améliore l'état des voies digestives et prévient les auto-intoxications secondaires.

3° On a préconisé contre ces formes mélancoliques, et pour agir plus directement sur l'élément dépression, la médication révulsive. Il faut laisser, bien entendu, de côté les vésicatoires, les sétons, les émissions sanguines locales. Les affusions froides *vinaigrées*, l'enveloppement dans le *drap mouillé*, les frictions stimulantes (*baume de Fioravanti* et *alcool*) suffiront dans les cas légers. Les *bains sulfureux*, le *bain de Pennès* pourront être concurremment employés. Dans les cas de mélancolie profonde et tendant à la stupeur, les *bains d'air chaud* chargé de vapeurs *résineuses* nous ont donné les meilleurs résultats. Voici comment on opère. Des copeaux de pin Mugho sont placés sur une grille reposant elle-même sur une plaque fortement chauffée et couverte de sable pour empêcher la résine de brûler et de donner des vapeurs irritantes. Le patient est assis ou couché dans la chambre où arrive l'air chargé de vapeurs résineuses, et à une température qui varie de 40° à 70° C. Cette température ne provoque aucun malaise, car une abondante transpiration ne tarde pas à recouvrir la surface du corps ; le bain dure de quinze à vingt minutes ; il est suivi d'une douche en éventail ou de l'immersion dans une piscine ; puis le malade est essuyé avec soin et soumis soit à une forte friction, soit à un massage. Les *bains sinapisés*, la stimulation électro-cutanée et surtout le *massage*, rendront aussi des services dans les formes stupides.

Nous ne dirons rien de l'emploi du *protoxyde d'azote* comme spécifique de la forme mélancolique en sa qualité de gaz hilarant. Le placement de l'aliéné dans une chambre à vitraux de couleur, roses dans l'espèce, ne doit pas nous arrêter davantage ; nous y avons eu recours sans résultats sensibles.

Dans les cas où il survient des paroxysmes angoissants, de l'insomnie, le *bromure de potassium* est utile, mais il ne doit

être employé qu'avec ménagement, car il pourrait augmenter la dépression mélancolique. Il en est de même des *bains prolongés*.

L'*opium*, préconisé par Schüle, rend quelquefois des services ; quant aux *injections de morphine*, qui parfois aussi amènent le calme, on doit en être très réservé, leur emploi pouvant entraîner le malade à des habitudes dangereuses. Le *chloral*, le *sulfonal*, le *trional* ou le *chloralose* suffisent habituellement à procurer le sommeil, mais leur usage doit de temps à autre être interrompu.

Le traitement des formes mélancoliques de la folie intermittente se résume donc ainsi : alitement, diététique raisonnée et sévère et, contre certaines complications (constipation, insomnie, angoisse), médication symptomatique.

4° Tel est le traitement applicable aux accès maniaques ou mélancoliques de la folie intermittente, que ces accès soient isolés,— c'est le cas que nous avons supposé,— ou combinés, c'est-à-dire lorsque le cycle est établi. Dans cette dernière éventualité, quel que soit d'ailleurs le type de la première phase de l'accès, il n'y a pas de traitement capable d'arrêter l'évolution du cycle, d'empêcher l'apparition de la deuxième phase. Cette question est d'ailleurs celle de la spécificité de la thérapeutique ; et nous avons vu qu'il n'y a pas de médication spécifique de la folie intermittente. Tout ce que l'on peut faire, c'est d'atténuer l'intensité des symptômes grâce aux précautions que nous avons indiquées.

Lorsque le malade entre en convalescence, c'est-à-dire lorsque l'intermittence commence à se dessiner, le rôle du médecin est loin d'être fini. On pourrait même dire qu'à ce moment il devient plus actif encore, car c'est à ce moment que peut s'instituer efficacement le traitement moral, qui achèvera l'action du traitement physique. En dirigeant avec soin et méthode les opérations psychiques, en les excitant sans relâche, mais avec modération, en instituant un travail régulier, facile, attrayant, l'état mental du malade s'affermira très vite, tandis que d'autre part on combattra encore les quelques

complications qui persistent (insomnie, par exemple). La question de sortie se pose alors ; mais il faut se tenir en garde tant que l'intégrité mentale n'est pas tout entière récupérée, surtout lorsque la folie a déjà pris la forme cyclique. Dans ce cas, en effet, il faut tenir grand compte de la probabilité de la succession des deux phases, s'attendre conséquemment à l'apparition rapide de l'accès maniaque par exemple après l'accès mélancolique, et se montrer très prudent pour la sortie du malade pendant cette période intercalaire, car, dans ces cas, la sortie ne fait que hâter l'apparition de l'accès maniaque.

Au dehors, l'intermittent devra se soumettre à l'hygiène rigoureuse de tous les prédisposés de la folie ; mais il n'est, malgré cela, jamais à l'abri des nouveaux accès, et la surveillance deviendra très étroite dès que se montreront les signes avant-coureurs qui se reproduisent avec une précision stéréotypée au début de chaque nouvel accès.

Les familles, d'ailleurs, savent à quoi s'en tenir et prennent leurs précautions pour faire traiter le malade.

Lorsque enfin la chronicité est apparue, que l'intermittence n'existe qu'à l'état de période subdélirante, le malade ne peut trouver qu'à l'asile les soins constants dont il a besoin.

CHAPITRE X

TRAITEMENT DE LA DÉMENCE

PAR

E. BLIN

Médecin de l'asile de Vaucluse.

I

Caractères de la démence.

La démence est caractérisée, d'une façon générale, par la perte totale ou partielle des facultés intellectuelles, morales et affectives : c'est le terme de toute vie mentale, c'est la mort virtuelle des pouvoirs mentaux supérieurs, s'accompagnant, au bout d'un temps plus ou moins long, d'une déchéance physique.

Cette signification du mot démence, dans le langage de la pathologie, est beaucoup plus restreinte que dans le langage de la jurisprudence, qui confond sous cette dénomination toutes les variétés de la folie.

Au lieu de parler de la démence comme d'une entité pathologique à existence distincte et bien définie, il est plus juste d'admettre, en nosologie, un groupe de démences comprenant tous les cas, très divers d'ailleurs par leurs autres caractères, où les facultés psychiques sont irrévocablement perdues, ou en voie de destruction, sans possibilité de retour, que les démences soient primitives, comme les démences précoces et la démence sénile, ou qu'elles soient secondaires

comme les démences vésaniques, consécutives à un certain nombre d'affections mentales chroniques, et les démences organiques, consécutives à la paralysie générale, à l'épilepsie, à l'alcoolisme, à la syphilis, aux affections organiques du cerveau.

Si la démence peut, dans certains cas, évoluer sans délire, cependant ce qui persiste des facultés mentales se trouve le plus souvent perverti dans son mode de fonctionnement, en sorte qu'outre l'affaiblissement intellectuel, il y a dans la plupart des démences un délire de nature variable qui affecte les facultés non encore abolies et qui donne une physionomie différente aux différentes formes de la maladie.

Chaque psychose donne une physionomie particulière à la démence qui lui succède, de sorte que les différentes variétés de démences vésaniques ont certains caractères qui rappellent la psychose primitive : de ces derniers caractères nous n'aurons pas à nous occuper au point de vue thérapeutique, ne pouvant que renvoyer aux différents chapitres où se trouve exposée la thérapeutique du désordre mental primitif, manie, mélancolie, délire de persécution, folie intermittente.

II

Traitement de la démence.

Il ne saurait être question d'un traitement curatif de la démence ; mais on peut s'appliquer à en atténuer les inconvénients et à combattre, dans certains cas, son développement.

En effet, une mesure prophylactique générale de la démence vésanique consiste dans le traitement de la maladie initiale à une époque très rapprochée de son début : il ne faut jamais hésiter à placer dans un asile d'aliénés les malades pour lesquels cette mesure s'impose, car les placements tardifs sont une des conditions qui favorisent le plus le passage de l'affection mentale aiguë à l'état chronique, puis à la démence.

Pour retarder l'apparition de la démence, ou du moins pour en arrêter les progrès, on a mis en usage les révulsifs énergiques tels que *douches*, *affusions* froides, *vésicatoires*, *moxas*, *sétons* à la nuque, *frictions* irritantes, *électricité*, etc.; il faut reconnaître que bien rarement ces médications énergiques ont été suivies d'un résultat tel qu'on puisse fonder sur elles de grandes espérances : la démence bien constatée est, à part certaines variétés de démence primitive aiguë, incurable, et l'intervention thérapeutique doit se borner à assurer aux malades les soins hygiéniques appropriés à leur état, ainsi qu'à combattre les complications intercurrentes.

A. — PLACEMENT DES DÉMENTS

Si la démence est consécutive à une affection mentale, la question du placement a déjà été résolue à propos de la maladie primitive.

Mais dans les démences primitives et dans quelques démences secondaires à certaines affections cérébrales, il y a tout d'abord à se demander si le malade pourra être soigné dans sa famille ou devra, au contraire, être placé dans une maison de santé?

L'internement, dans la démence, n'a pas la valeur curative qu'il présente dans les affections mentales aiguës, aussi s'impose-t-il moins fréquemment : la plupart des déments simples peuvent donc être soignés dans leur famille.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que, même dans certaines conditions de tranquillité, ces malades ont besoin d'une surveillance constante. Il ne faut pas se laisser tromper par la correction, la régularité apparente avec laquelle ils observent les convenances sociales et suivent les habitudes contractées de longue date, et, tel malade que l'on voit aller et venir, manger correctement, s'occuper à des travaux usuels, jouer avec habileté à des jeux compliqués, se trouve être en réalité un automate obéissant à d'anciennes habitudes, mais n'ayant plus ni mémoire, ni jugement, ni volonté, et suscep-

tible, s'il n'est pas guidé constamment, de se livrer à des actes délictueux, dangereux pour lui-même ou pour les autres. C'est ainsi que certains déments, tranquilles et raisonnables en apparence, peuvent mettre le feu par manque de mémoire, maladresse ou inconscience, ou, ce qui est fréquent, se livrent à des exhibitions obscènes, commettent des attentats à la pudeur.

A plus forte raison la surveillance devra-t-elle être exercée lorsque l'affaiblissement des facultés intellectuelles et morales aura progressé.

Si le malade est sujet à des périodes d'excitation fréquentes, devient dangereux et difficile à maintenir dans sa famille, ou que cette dernière ne puisse lui donner la surveillance constante qui lui est nécessaire, alors s'impose le placement dans un établissement spécial, à la campagne autant que possible.

En effet, le séjour au grand air est nécessaire pour les déments : aussi leurs habitations doivent-elles, autant que possible, être voisines de jardins plantés d'arbres où ils puissent prendre de l'exercice sans être trop exposés aux ardeurs du soleil ni aux rigueurs des saisons; dans les maisons de santé, des galeries couvertes doivent permettre la promenade extérieure, même les jours de pluie.

Si certains déments peuvent, sous certaines conditions, être soignés dans leur famille, beaucoup de ces infortunés sont privés de cette famille qui puisse, lorsqu'ils sont redevenus enfants, prendre d'eux, à leur déclin, des soins analogues à ceux dont on a dû entourer leurs premiers pas dans la vie : aussi les hospices, les asiles sont-ils trop étroits pour leur donner asile.

Pour remédier à cette situation fâcheuse, le département de la Seine a pris l'initiative heureuse de créer dans le département du Cher, à Dun-sur-Auron, une colonie familiale analogue à celles qui fonctionnent déjà à l'étranger. Les déments inoffensifs sont placés dans des familles qui, moyennant une certaine rétribution, et sous la surveillance directe d'un

médecin inspecteur, s'engagent à les soigner, à les surveiller. Placés de la sorte dans de bonnes conditions hygiéniques, occupés au grand air, et suivant leur force, à quelqu'une des multiples occupations de la vie des champs, ces malades, tout en vivant au milieu du calme nécessaire à leur état, peuvent encore rendre certains services aux personnes qui les surveillent.

Remontant déjà à plusieurs années, cette innovation dans le traitement de la démence a donné jusqu'à présent les meilleurs résultats.

B. — SOINS HYGIÉNIQUES

En même temps que les déments sont surveillés, guidés comme des enfants, des soins hygiéniques incessants doivent leur être donnés qui s'adressent : 1° à l'intelligence qui s'éteint; 2° au corps qui s'affaiblit.

1° *Hygiène intellectuelle et morale.* — Du fait que les facultés intellectuelles et morales s'affaiblissent, il ne s'ensuit pas qu'on doive les laisser abandonnées à elles-mêmes. A part quelques cas rares de démence générale et absolue, il subsiste, presque toujours, quelques restes de facultés et d'aptitudes qu'il convient d'autant plus d'exercer et d'entretenir que, si l'on n'y veille, elles courent le danger de disparaître promptement.

Aussi, suivant le milieu social, les malades seront-ils distraits par des promenades, des voyages, des lectures, différents jeux courants, surtout ceux qui exercent à la fois le corps et l'esprit, comme le jeu de boules, le billard, toutes choses susceptibles de tenir l'esprit en éveil. La musique sera encore une précieuse ressource, même pour ceux qui, jusque-là, ne l'ont jamais apprise : les orphéons créés dans plusieurs asiles en sont la preuve.

Les travaux manuels sont aussi de la plus grande utilité, surtout pour ceux qui, antérieurement, y étaient occupés ; ils constituent un excellent moyen de régulariser les actes, de

calmer l'agitation, de dissiper la tristesse et de favoriser le sommeil; dans les asiles, les travaux du jardin, les ateliers de menuiserie, de cordonnerie, de peinture, installés au double profit et des malades et de l'établissement, renferment un grand nombre de déments. Les femmes trouvent leur place dans les ateliers de couture, de blanchissage, de repassage, de confection et d'entretien des vêtements, etc.

Dans chacun des cas, c'est donc un devoir du médecin de chercher si, dans le naufrage plus ou moins complet de la raison, il ne surnage pas quelque faculté, quelque aptitude dont il soit possible de tirer un parti avantageux.

2° *Hygiène corporelle.* — Les soins à apporter dans l'hygiène corporelle du malade sont d'autant plus nombreux que la démence est plus avancée.

Tout d'abord, l'alimentation doit être tonique et réparatrice, car la plupart de ces malades sont affaiblis physiquement en même temps qu'intellectuellement.

Les repas doivent être donnés à heures régulières et plutôt fréquents que copieux. Les aliments seront donnés en petite quantité et coupés en petits morceaux, car beaucoup de déments mangent gloutonnement, ce qui les expose soit à manger avec excès, soit à avaler les morceaux sans les mâcher. Cette gloutonnerie occasionne souvent des troubles asphyxiques, qui surviennent tantôt par introduction du bol alimentaire dans les voies aériennes, tantôt, à la suite de la parésie des muscles de la déglutition, par amas dans l'arrière-bouche des aliments qui ne peuvent être avalés et qui, s'arrêtant brusquement à l'entrée de l'œsophage, viennent comprimer le larynx. En pareille occurrence, une intervention rapide doit débarrasser l'œsophage ou le larynx.

La parésie intestinale rend la constipation fréquente, la défécation très difficile, et si de légers *purgatifs*, des *lavements* fréquents ne sont donnés, si une surveillance intelligente n'est pas exercée, les matières s'amassent dans le gros intestin de manière à déterminer des accidents, à nécessiter des moyens mécaniques pour leur extraction.

Les fonctions de la vessie seront surveillées, car la rétention d'urine oblige souvent à recourir au cathétérisme.

L'attention devra se porter sur la propreté du corps, sur les soins ordinaires de la toilette journalière, et cela d'autant mieux que les déments sont assez récalcitrants, en général, pour se nettoyer, pour changer de linge.

L'habillement sera réglé avec soin suivant la température; on évitera d'exposer les malades aux ardeurs du soleil, aux réfrigérations extrêmes; en hiver, on se rappellera qu'il importe d'autant plus de couvrir les déments qu'ils sont souvent disposés à l'inertie et à l'immobilité.

Les déments deviennent toujours gâteux à un moment donné; pour retarder ce moment autant que possible, on doit leur présenter le vase à des heures régulières et rapprochées. Mais arrive bientôt le jour où ce moyen est insuffisant, où le gâtisme est permanent.

Il faut alors pendant le jour laisser, s'ils sont tranquilles, les malades sur des sièges percés et les tenir avec la plus extrême propreté.

La nuit, on les placera dans des lits spéciaux d'où ils ne puissent pas tomber et disposés de façon que les excréments et l'urine ne séjournent pas au contact du corps.

Peu à peu il deviendra de plus en plus difficile de lever les malades, et le décubitus dorsal prolongé déterminera, si l'on n'y veille attentivement, la formation d'eschares: il faudra redoubler de précautions, de propreté, multiplier les pansements et, s'il est possible, changer fréquemment le malade de position dans le lit. Dans ces cas l'usage des matelas hydrostatiques pourra rendre de grands services.

C. — SURVEILLANCE ET INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les déments doivent être fréquemment examinés au point de vue des fonctions de leurs organes thoraciques et abdominaux, car c'est un caractère de l'état organique, dans la démence, que le peu de réaction générale de l'économie sous

l'influence de maladies intercurrentes; comme ils se prêtent mal à l'examen et sont incapables, le plus souvent, de rendre compte de leurs sensations, il arrive fréquemment que des affections thoraciques ou abdominales atteignent, chez eux, un développement très avancé, avant que rien n'en ait fait soupçonner l'existence. Aussi le plus léger malaise devra-t-il éveiller l'attention; en particulier lorsque l'appétit, qui est bon d'ordinaire chez les déments, fera défaut, on pourra craindre le développement d'une maladie incidente.

Les indications thérapeutiques relatives aux troubles délirants qui peuvent compliquer la démence ont trouvé leur place aux différents chapitres qui traitent de ces troubles délirants ; nous n'avons pas à y revenir.

Cependant, à propos d'une des complications fréquentes de la démence, à savoir l'excitation maniaque, disons que le *bromure de potassium*, les *bains tièdes* prolongés, l'isolement constituent la médication de choix; en effet l'*opium* n'est pas sans danger dans les cas où se rencontrent des lésions organiques cérébrales, et le *chloral* ne doit être donné qu'avec circonspection en raison de l'état du cœur et des vaisseaux, dans la démence sénile.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT DE L'IDIOTIE

PAR

PAUL SOLLIER

Ancien chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté de Paris.

I

Considérations générales.

Deux questions doivent être préalablement résolues : qu'est-ce que l'idiotie au point de vue nosographique ; qu'est-elle au point de vue anatomique ? La réponse à la première question nous indiquera à quelle catégorie déterminée de sujets s'appliquent les règles du traitement que nous allons examiner ; la réponse à la seconde nous montrera ce que l'on peut espérer de ce traitement.

J'ai défini l'idiotie : « Une affection cérébrale chronique à lésions variées, causée par des troubles des fonctions intellectuelles, sensitives et motrices, pouvant aller jusqu'à leur abolition presque complète, et qui n'emprunte son caractère spécial, particulièrement en ce qui concerne les troubles intellectuels, qu'au jeune âge des sujets qu'elle frappe. » Me basant d'autre part sur l'évolution biologique de l'idiot, sur ses caractères sociologiques, j'ai cherché à montrer qu'au point de vue nosographique il différait complètement de l'imbécile, de l'arriéré et du débile, avec lesquels on le confond habituellement. Ce qui le caractérise donc essentiellement, c'est qu'il

est porteur d'une lésion cérébrale, qu'il est atteint anatomiquement, tandis que les autres catégories, avec lesquelles il n'a de commun que la défectuosité intellectuelle, ne sont atteintes que physiologiquement. Tout ce que nous allons dire du traitement de l'idiotie s'applique donc exclusivement à cette classe très déterminée de sujets frappés, soit pendant la vie intra-utérine, soit pendant les premières années de l'existence, par une lésion cérébrale qui a arrêté plus ou moins leur développement du système nerveux et leur évolution psychique. Sans doute les différents procédés employés pour chercher à tirer le meilleur parti possible des faibles facultés de ces sujets seront tout à fait applicables aux imbéciles, arriérés et débiles, qui ne peuvent suivre l'éducation et l'enseignement des enfants normaux, et on aura lieu d'en tirer de plus grands avantages. Qui peut le plus peut le moins. Mais je dois à la vérité de dire ici que ce sont les résultats obtenus avec les imbéciles, les arriérés, les épileptiques débiles et quelquefois mêmes assez intelligents en dehors de leurs périodes d'accès, qui ont donné l'illusion, je ne dirai pas de la guérison, mais des grandes améliorations qu'on peut obtenir dans l'idiotie.

Pour s'en rendre compte d'ailleurs, il suffit de considérer l'anatomie pathologique de l'idiotie, et d'examiner sans parti pris des cerveaux d'idiots. Quand on se trouve en présence de la méningo-encéphalite diffuse, de la sclérose lobaire ou disséminée, de l'atrophie cérébrale, du ramollissement, de la porencéphalie vraie ou fausse, etc., on est véritablement en droit de se demander si ce n'est pas un non-sens d'entreprendre l'éducation de pareils cerveaux, à moins de croire à l'existence d'une intelligence indépendante de l'encéphale.

Cependant comme ces cerveaux ainsi lésés ont pu atteindre, grâce au traitement, un développement plus considérable que si on les avait abandonnés à eux-mêmes, il reste à se demander dans quelle mesure on doit tenter ce perfectionnement, dans quelles directions doivent porter les efforts, et si, sous beaucoup de rapports, ceux-ci ne sont pas frappés d'avance de stérilité. Il est évident par exemple que si l'on se trouve en

présence d'un idiot dont la circonvolution de Broca est sclérosée, tous les moyens mis en œuvre, toute l'ingéniosité déployée pour le faire parler, échoueront fatalement, et qu'il est absolument inutile de le tenter.

D'autre part les lésions de l'idiotie ne sont pas sans présenter une tendance à l'envahissement, pour si lent qu'il soit. Il y a donc lieu d'examiner encore à quel moment il devient inutile de perdre son temps à essayer de développer un organe en voie de régression.

Deux conclusions se dégagent de ces considérations anatomo-pathologiques. La première, c'est l'inutilité absolue, dans un grand nombre de cas, des efforts faits pour développer tout ou partie des fonctions cérébrales; la seconde, c'est qu'à côté du pédagogue, de l'éducateur proprement dit, doit être le médecin, seul capable d'apprécier l'état anatomique probable du cerveau, et d'indiquer ainsi de quel côté doivent se diriger les efforts de cet éducateur. Sans vouloir revenir au procédé antique et, jusqu'à un certain point justifiable, du bain forcé dans l'Eurotas, pour des êtres réduits à une vie purement végétative, courte d'ailleurs dans les cas graves, trop peu longue dans les cas moyens pour qu'ils tirent quelque satisfaction ou quelque profit de ce qu'on a pris beaucoup de peine pour leur montrer, inutile et encombrante sans bénéfice pour eux-mêmes quand elle se prolonge. Dans les cas légers, il est nécessaire, à mon avis, de mettre en garde contre des illusions fâcheuses qui conduisent à dépenser en pure perte, ou d'une manière disproportionnée au résultat, du temps, de la peine et de l'argent, qui seraient mieux employés à l'usage de sujets normaux. Ce que je tiens à bien spécifier, c'est que le traitement de l'idiotie est en tout cas essentiellement et uniquement subordonné à l'état anatomique du cerveau et, d'une façon plus générale, du système nerveux central, et qu'il faut se baser là-dessus pour proportionner ses efforts aux résultats qu'il est *matériellement* possible d'atteindre ou d'espérer. La répartition des lésions cérébrales variant à l'infini, il est évident que les détails du traitement doivent être examinés d'une façon spé-

ciale pour chaque cas. La question de l'éducation individuelle ou collective se pose donc pour les idiots d'une façon toute particulière.

Le traitement de l'idiotie peut être envisagé à quatre points de vue d'importance très inégale : prophylactique, chirurgical, médical et médico-pédagogique, que nous allons passer successivement en revue.

II

Prophylaxie de l'idiotie.

Les indications prophylactiques de l'idiotie concernent soit les parents, soit les enfants. Pour les parents, il faudrait répéter ici tout ce qu'il convient de dire au sujet de l'hérédité nerveuse en générale. L'hérédité similaire n'existe pas en effet pour les idiots, qui ne sont que des types aggravés de la dégénérescence de leurs ascendants. Quelles sont chez ces derniers les tares qui doivent faire le plus redouter l'idiotie chez leurs enfants, on ne saurait trop rien dire de précis à cet égard, et la statistique des causes de l'idiotie ne nous renseigne pas. On trouve chez les ascendants des hystériques, des aliénés, des affections cérébrales organiques, comme chez tous les autres névropathes ou psychopathes. Mais il est cependant deux affections qui condamnent plus particulièrement l'enfant à une dégénérescence profonde, congénitale souvent, c'est l'épilepsie et c'est l'alcoolisme surtout. La plus grande cause d'idiotie est assurément l'alcoolisme, qu'il soit aigu et que la conception ait eu lieu à ce moment, ou qu'il soit chronique. Les accidents survenus au cours de la grossesse sont aussi une cause fréquente d'idiotie.

Il résulte de là que les individus atteints de tares dégénératives graves devraient prendre des précautions toutes spéciales pour la procréation des enfants, et lorsque la conception a eu lieu la femme doit surveiller d'une façon toute particulière sa grossesse, éviter tout ce qui peut provoquer un

trouble physique ou moral sérieux chez elle, et principalement ne pas s'exposer aux traumatismes.

Mais à la vérité ces conseils sont absolument illusoires. Et si un médecin arrive à pouvoir les faire suivre dans une famille où il craint la naissance d'un enfant profondément dégénéré, il doit en cacher avec soin la véritable raison aux parents, car les préoccupations constantes de cet ordre chez la mère pourraient avoir précisément un résultat complètement opposé au but qu'il se propose. Il doit donc agir avec la plus grande circonspection.

Si l'enfant naît déjà frappé, nous allons voir plus loin ce qu'il convient de faire. S'il paraît normal, on doit le mettre dans les meilleures conditions possibles au point de vue de son développement général.

A cet égard, la première chose à faire c'est de le ramener le plus rapidement possible à la vie s'il naît asphyxié, comme cela est fréquent chez les futurs idiots, que cette asphyxie soit cause ou effet de l'état de l'enfant. On doit donc surveiller d'une façon toute spéciale les enfants asphyxiés à la naissance.

Bien souvent l'idiot futur est chétif, étant d'ailleurs assez fréquemment né avant terme. Il convient donc de lui donner une nourrice suffisante, et de ne pas le laisser à la mère, qui bien souvent est nerveuse elle-même et est sujette à avoir une lactation irrégulière ou insuffisante. Il vaut mieux élever l'enfant au sein. On a quelquefois incriminé le lait de chèvre comme cause sinon d'idiotie, au moins de certaines formes d'idiotie. Mais rien d'authentique ne permet d'ajouter foi à cette assertion.

Les prédisposés aux troubles nerveux ou psychopathiques sont sujets aux convulsions dès le plus bas âge. Il est indispensable de les surveiller beaucoup sous ce rapport, d'autant plus que les moindres causes suffisent à provoquer chez eux l'éclampsie, laquelle est souvent le prélude soit de la méningo-encéphalite, soit de l'épilepsie. Les coliques, les indigestions, les vers intestinaux suffisent souvent à les déterminer. Il faut les traiter immédiatement, par le bromure principalement, pour

éviter qu'elles ne se renouvellent. Mais bien souvent malheureusement il faut reconnaître qu'on est impuissant. C'est le cas où elles sont dues à une lésion commençante du cerveau.

Il faut éviter également chez les enfants dégénérés de les laisser se livrer aux accès de colère auxquels ils ont la plus grande tendance, l'état congestif du cerveau pendant ces colères, qui se terminent souvent par des convulsions, étant tout à fait favorable au développement d'accidents cérébraux.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ces quelques précautions très banales en somme. Tout revient à dire que chez les enfants issus de parents très dégénérés ou ayant dans leurs ascendants ou leurs collatéraux des épileptiques, des alcooliques, des aliénés chroniques, il convient de songer au développement possible de l'idiotie comme conséquence d'une maladie cérébrale, ou d'une complication cérébrale d'une affection générale, et qu'on doit prendre des mesures, souvent insuffisantes ou inutiles malheureusement, mais qui cependant peuvent peut-être dans certains cas empêcher l'évolution des troubles qui empruntent leur gravité au faible développement du système nerveux central. Elles ne sont en tout cas pas bien difficiles à prendre et leur application ne peut avoir aucun inconvénient si elle n'a pas toujours d'utilité, ce qui en thérapeutique est déjà bien quelque chose.

III

Traitement chirurgical.

Est-il permis d'appliquer le nom de traitement à cet essai d'intervention chirurgicale basé sur une conception erronée de la pathogénie de l'idiotie et même de la physiologie la plus élémentaire? La *craniectomie*, dont le temps a fait bonne et prompte justice, repose en effet sur cette opinion émise autrefois par Virchow que la microcéphalie était due à une ossification prématurée des sutures du crâne. Cette théorie, fausse pour les microcéphales, l'est encore bien davantage pour les autres catégories d'idiots, les plus nombreuses d'ail-

leurs. Et cependant on a appliqué presque indistinctement la craniectomie à toutes les variétés d'idiotie. Première erreur. Ensuite on a pensé que transformer le crâne en tirelire par une fente antéro-postérieure, faite à l'aide de couronnes de trépan contiguës l'une à l'autre, allait permettre au cerveau de prendre l'expansion que l'ossification prématurée lui refusait. Mais ou il fallait réséquer la duremère, et tout ce qu'on pouvait espérer c'était une hernie du cerveau, ou il fallait la conserver, et comme elle est inextensible, la fente osseuse était inutile. Deuxième erreur. Enfin, bien loin que la fente aille en s'élargissant avec le temps par suite du développpement du crâne, elle se comblait au contraire par néoformation d'un os éburné beaucoup plus résistant que le crâne normal. Troisième erreur. Au premier moment on croyait obtenir des résultats extraordinaires; la révulsion ainsi produite par l'opération, la décompression du cerveau par suite d'une issue de liquide céphalo-rachidien trop abondant, donnaient une certaine excitation cérébrale momentanée, qui paraissait une amélioration. Malheureusement la déception suivait rapidement cette illusion. Aujourd'hui la craniectomie dans le traitement de l'idiotie est complètement abandonnée. Si elle devait être reprise, ce n'est pas sur des crânes de microcéphales qu'il faudrait la pratiquer, mais bien plutôt sur des crânes d'hydrocéphales, pour donner issue au liquide céphalo-rachidien qui distend le cerveau et par conséquent le crâne, qui ne peut arriver à s'ossifier convenablement. Mais les résultats qu'on a obtenus dans les cas d'hydrorachis ne permettent guère de supposer qu'on doive espérer mieux dans l'hydrocéphalie.

En résumé il n'existe pas de traitement chirurgical de l'idiotie.

IV

Traitement médical.

Existe-t-il donc un traitement médical de l'idiotie? Pas davantage. Ce qu'il convient d'entendre par là ce sont cer-

taines particularités dans le traitement des idiots, mais non dans celui de l'idiotie, laquelle n'est pas accessible à nos moyens thérapeutiques médicaux.

Le rôle du médecin appelé à soigner les idiots n'est pas des plus aisés, car c'est plutôt de l'art vétérinaire que de l'art médical qu'il y a à exercer, en ce sens qu'on n'obtient en général aucun renseignement sur les phénomènes subjectifs des sujets, et que lorsqu'on en a, ils sont souvent erronés. Il y a lieu aussi de remarquer que les réactions morbides sont ordinairement très différentes de celles des individus normaux. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir des idiots continuer à aller et venir malgré une pneumonie, une gangrène pulmonaire, une fièvre typhoïde, une pleurésie purulente, une méningite même.

Certains organes sont tout particulièrement à surveiller. L'appareil pulmonaire est d'ordinaire le plus facilement atteint. C'est la tuberculose ou la congestion pulmonaires qui sont parmi les causes les plus fréquentes de mort. Il faut donc porter ses soins et son attention du côté de la poitrine lorsqu'on voit un idiot dépérir ou s'affaiblir brusquement. L'auscultation doit être prolongée et répétée, car les idiots savent en général très mal respirer. Les complications pulmonaires au cours des maladies générales sont des plus fréquentes.

Le tube digestif doit aussi attirer l'attention du médecin. La plupart des idiots mangent gloutonnement, et on doit à cet égard les surveiller pour éviter les corps étrangers des voies respiratoires, ce qui est un accident assez fréquent chez eux. L'état déplorable et anormal de leur dentition en général nécessite aussi certains soins pour leur faciliter la mastication.

L'entérite est chose fréquente chez les idiots, et il n'est pas rare de la voir passer à l'état pour ainsi dire chronique, et amener quelquefois des abcès du foie. C'est une cause assez fréquente de cachexie progressive, état qui les mène assez rapidement à la mort. La surveillance de leur alimentation,

qui doit être plutôt légère, et de leur mastication, empêchera souvent ces accidents du côté du tube digestif, qui pourraient être également enrayés par les moyens ordinaires.

Néanmoins il convient d'ajouter que ces moyens échouent souvent et que la cachexie continue à évoluer.

La constipation doit être également recherchée, car un certain nombre d'idiots négligent complètement d'obéir au besoin de défécation.

Beaucoup d'idiots, et presque tous les imbéciles, se livrent plus ou moins à la masturbation. Il faut les surveiller beaucoup à cet égard, et les empêcher de s'y livrer principalement le matin au réveil, ou la nuit. Dans ce but on peut leur appliquer la nuit un manchon de toile qui entrave leurs mains, et le matin il faut les lever dès qu'ils sont réveillés. Si on les laisse livrés à eux-mêmes, ils ne tardent pas, sous l'influence de cette masturbation automatique, car elle débute souvent dès l'âge d'un an, à tomber dans un état de déchéance rapide.

Pour ceux qui sont gâteux, il faut les placer très régulièrement sur le vase et les y maintenir juqu'à ce que la miction ou la garde-robe aient eu lieu, et cela tous les matins, tous les soirs et après les repas. On arrive ainsi plus ou moins rapidement à les guérir de ce gâtisme qui complique singulièrement les soins qu'on leur donne.

La plus grande propreté du corps est nécessaire, et cela d'autant plus qu'il se souillent avec une grande facilité. L'*hydrothérapie* sous forme de bains et de douches est avantageusement employée chez la plupart.

Les *massages*, les *frictions*, les *mouvements passifs* rendent des services chez ceux qui sont atteints de troubles musculaires, articulaires ou paralytiques. Quoique la syphilis soit rare comme cause d'idiotie, il est cependant des cas où elle n'est pas douteuse, et quoique le *traitement spécifique* n'ait pas grande efficacité dans le cas de syphilis héréditaire frappant le système nerveux, encore est-il bon de le tenter.

Il est une forme spéciale d'idiotie qui est susceptible d'un traitement tout à fait particulier. C'est l'*idiotie myxœdémateuse*.

Il n'est pas douteux en effet que cette affection, due à l'absence congénitale de corps thyroïde, ne soit améliorée dans des proportions souvent très remarquables par le traitement thyroïdien. Les cas de Bourneville et de Régis sont extrêmement démonstratifs à cet égard, et ce traitement doit toujours être appliqué.

Proposé par Arnaud (de Saint-Gilles) en 1889, puis essayé par Murray en 1891 et Bouchard en 1892, le traitement du myxœdème fut appliqué par Bourneville aux idiots myxœdémateux en 1893. Ce dernier administra d'abord le *suc thyroïdien* en julep, puis en injections sous-cutanées. Mais les meilleurs résultats furent obtenus par l'ingestion stomacale de glande thyroïde crue de mouton. On commence par un demi-lobe, soit un quart de glande, puis un lobe.

Il est bon de connaître les symptômes qui se produisent alors. Ils paraissent se succéder dans l'ordre suivant, d'après Bourneville : dégonflement des paupières, amaigrissement, élévation de la température rectale jusqu'à 38° et quelquefois au-dessus, tremblement, lypothymies légères, sueurs profuses, affaiblissement des jambes, augmentation du tremblement, tachycardie, vomissements, agitation, excitation, diminution du volume de la langue et de la coloration violacée des lèvres, poussée plus rapide des ongles, disparition des croûtes de la tête, desquamation des mains et des pieds qui perdent leur caractère pachydermique, coloration de plus en plus normale de la peau, diarrhée au lieu de constipation, assouplissement des mouvements, préhension moins lente, marche plus légère et plus rapide. La taille se développe, la sensibilité au froid diminue. Intellectuellement il y a un peu d'excitation, des accès de colère au lieu de la torpeur ; l'hébétude tend à disparaître, la physionomie est plus éveillée, plus expressive, et l'aptitude au travail augmente.

Il y a lieu enfin de traiter d'une façon particulière les *idiots épileptiques*. Il suffit d'ailleurs de les soumettre au traitement habituel de l'épilepsie, exposé dans un autre chapitre. Si l'épilepsie est la cause de la faiblesse intellectuelle

de l'enfant et n'est pas seulement un symptôme de son état cérébral, on a quelque chance d'améliorer aussi son intelligence.

V

Traitement médico-pédagogique.

J'en arrive maintenant au seul traitement capable, je ne dis pas de guérir l'idiotie, du moins de tirer d'un idiot tout ce que ses faibles moyens peuvent arriver à donner. Avant d'entrer dans le détail de ce traitement, il est nécessaire de rappeler brièvement les phases par lesquelles on est passé depuis le commencement de ce siècle dans la façon d'éduquer les idiots. Jusqu'à Itard (1801), on se contenta d'hospitaliser les idiots, hospitalisation qui ne commença guère d'ailleurs qu'au milieu du XVIIe siècle avec l'Hôpital Général. Itard, le premier, à propos d'un idiot, connu dans la science sous le nom du Sauvage de l'Aveyron, entreprit tout un système d'éducation intellectuelle avec un zèle et une patience dignes d'un meilleur résultat, car la réussite fut naturellement loin de ce qu'il avait espéré. Quoique Itard ne considérât pas son élève comme un idiot et n'ait pas présenté son système comme applicable aux idiots, il n'en reste pas moins que c'est à lui que revient le mérite du premier essai tenté dans cet ordre d'idées. Esquirol, qui distingua le premier l'idiotie de la démence, ne tenta rien pour la traiter en la considérant comme une affection incurable. Mais un de ses élèves, Belhomme, reconnut qu'il y a de certains malades susceptibles d'une amélioration et indiqua quelques moyens de l'obtenir. En 1828, Ferrus institue dans son service de Bicêtre une école spéciale de façon à arracher les idiots à l'oisiveté. Falret père fait la même tentative à la Salpêtrière. Enfin Félix Voisin trace d'une main remarquable les principes qui doivent guider dans leur éducation physique, intellectuelle et morale.

C'est avec Séguin que commence véritablement l'ère du

traitement de l'idiotie, qu'il a exposé dans son livre : *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, livre qui reste aujourd'hui encore le meilleur guide dans la direction des idiots. Guggenbuhl, en Suisse et à la même époque, fait ce que Séguin faisait en France, et plusieurs écoles spéciales sont créées en Allemagne.

Delasiauve continua l'œuvre de Séguin, et enfin le docteur Bourneville, son élève, créa à Bicêtre un service qui peut servir de modèle à tous les établissements, et y développa ou institua tout un ensemble de pratiques d'éducation physique et intellectuelle que nous allons passer en revue et qui constituent ce qu'il a justement appelé le traitement médico-pédagogique de l'idiotie. M. Boyer, ancien instituteur de son service à Bicêtre, et chargé de l'enseignement à l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine, l'a bien exposé dans un intéressant mémoire encore inédit qui a été couronné par la Société médico-psychologique.

Avant de traiter à mon tour les grandes lignes de ce traitement, je tiens à établir deux points qui ne sont pas sans importance.

Le premier est en quelque sorte la question préalable de savoir ce qu'il faut chercher à obtenir dans l'éducation de l'idiot, et le second de savoir à qui doit être confiée cette éducation.

Je laisse de côté bien entendu les idiots complètement gâteux, incapables de marcher, de proférer aucun son articulé, de faire attention même à la moindre chose. Il serait évidemment oiseux de tenter quoi que ce fût pour ces êtres purement végétatifs et dont l'état de vitalité est lui-même des plus rudimentaires. Mais en ce qui concerne les idiots capables d'un développement physique et intellectuel relatif, à quoi doit-on s'attacher de préférence, quel idéal doit-on chercher à atteindre? Je crois, pour ma part, que c'est une grosse erreur, et une dépense de travail, de patience, d'ingéniosité et même d'argent absolument inutile, que de vouloir leur donner ne fût-ce que les éléments de toutes les branches d'une éducation complète. Arriver avec beaucoup de peine à faire apprendre à un idiot les

lettres de l'alphabet alors qu'il ne pourra jamais les assembler pour lire, ou arriver même à le faire lire deux mots sans qu'il puisse en comprendre le sens, cela me semble un résultat peu intéressant au point de vue pratique, lequel doit être le seul à considérer dans le traitement. Développer chez l'idiot la mémoire de choses qu'il ne sait pas appliquer opportunément, alors qu'il est incapable de jugement et de raisonnement, me semble totalement inutile, et le résultat n'est pas proportionné à l'effort. Nous sommes en présence d'êtres dégénérés, qui jamais, quoi qu'on fasse, ne pourront atteindre le niveau même le plus inférieur de l'individu normal, qui jamais ne seront en état de se suffire à eux-mêmes, et de se diriger seuls, qui jamais ne seront capables, si grande que soit l'amélioration obtenue, de retirer un bénéfice, de tirer parti des notions qu'on leur aura à grand'peine inculquées et qui disparaîtront d'ailleurs dès qu'on cessera de les lui répéter. Dans ces conditions le seul idéal qui me paraisse désirable c'est de les rendre le moins encombrants possible dans le milieu social où on les garde, et de se borner à leur donner toutes les notions qui leur permettent de se passer le plus possible de l'aide de leur entourage. Si on arrive à leur faire produire un certain travail, principalement dans les services hospitaliers, ce sera parfait. En un mot, qu'on les rende aussi sociables que possible, qu'on leur donne de l'éducation, mais pas d'instruction, sans quoi on est exposé à ce résultat de voir des idiots sachant réciter les jours de la semaine et reconnaître différentes plantes, mais ne sachant pas s'habiller seuls.

Maximum d'éducation pratique, minimum d'instruction scolaire, telle me paraît être la formule qui résume les desiderata du traitement de l'idiotie.

Cela posé, à qui confier cette éducation et qui doit la diriger? L'idiot étant un infirme du cerveau, un invalide, il est nécessaire que l'examen de ses facultés, tant physiques que psychiques, soit fait par un médecin, et un médecin compétent, capable d'indiquer à ceux qui sont chargés de son éducation quels points peuvent être plus spécialement cultivés, quels

autres doivent être abandonnés, soit d'emblée, soit au bout d'un certain temps, si on n'obtient aucune amélioration. C'est donc au médecin qu'il convient d'indiquer le programme à suivre.

Quant à son exécution, faut-il la confier à un maître unique, faire de l'éducation individuelle, ou au contraire collective? Il paraît bien établi aujourd'hui que c'est cette dernière qui est préférable à tous points de vue. Placé dans un établissement spécial, l'idiot y trouve tout l'agencement nécessaire pour tirer le meilleur parti possible de ses faibles facultés, une discipline qu'il ne peut avoir s'il reste chez lui, où il est généralement l'enfant le plus gâté de la maison, ni dans des établissements pour enfants normaux, où il ne tarde pas à devenir le souffre-douleurs de ses camarades. Il est d'ailleurs souvent impossible, par suite de ses troubles nerveux, de le garder chez ses parents, soit à cause de la gêne qu'il y occasionne, soit à cause de l'influence fâcheuse qu'il peut avoir par contagion sur ses frères et sœurs. Mais il est nécessaire, en raison de la difficulté de leur attention, que les idiots placés sous la direction d'un même maître soient peu nombreux. L'imitation, à défaut d'émulation, qui est un facteur si puissant dans l'éducation, ne peut être d'ailleurs mise en jeu que dans un établissement spécial.

Mais à quel âge doit commencer l'éducation spéciale de l'idiot? De vieux préjugés, qu'on s'étonne de voir encore invoquer par des médecins, poussent les parents à attendre la dentition de 7 ans, qui doit amener une transformation complète de l'enfant et donner un coup de fouet à son intelligence. Il est à peine besoin de dire que ni la dentition de 7 ans, ni la puberté, ne seront jamais capables de faire disparaître une sclérose cérébrale ou les adhérences méningées d'une méningo-encéphalite, etc. Il est cependant nécessaire d'énoncer ces vérités qui paraissent encore ignorées beaucoup plus qu'on ne le croirait. Il est évident au contraire que plus l'éducation commencera de bonne heure plus on aura de chances d'utiliser et de développer les parties du cerveau non encore altérées. L'éducation de l'idiot doit donc commencer

dès le berceau, absolument comme chez l'enfant normal, Dès qu'il n'a plus besoin des soins matériels de sa mère ou de sa nourrice, dès l'âge de 2 ans, il peut et doit être soumis à l'éducation spéciale, graduée, qui permettra de faire de lui un être un peu moins anormal. Plus on attend au contraire et plus est grande la difficulté. Et ces dates fatidiques de 7 ans et de la puberté ne font en général que marquer des étapes à la suite desquelles certains progrès deviennent absolument impossibles à réaliser, des arrêts de l'évolution cérébrale et par conséquent intellectuelle de l'enfant. Après 14 ans par exemple, il devient presque inutile de tenter quoi que ce soit.

L'établissement où on place un idiot doit être vaste, aéré, situé de préférence dans le calme de la campagne, ne contenir qu'un nombre restreint d'enfants, et être sous la direction d'un médecin, seul capable de diriger l'éducation au point de vue physiologique, et d'intervenir, comme c'est le cas fréquemment, dans les nombreux troubles pathologiques auxquels les idiots sont particulièrement sujets. Il faut en un mot que la direction soit avant tout médicale.

Un point qu'il est nécessaire de savoir, c'est que l'idiotie acquise est, d'une façon générale, beaucoup moins susceptible d'amélioration que l'idiotie congénitale, et que l'éducation est d'autant plus difficile et réussit d'autant moins que l'âge auquel est survenue l'idiotie est plus avancé.

L'éducation doit être tout d'abord physiologique, et bien entendu toutes les fonctions doivent être développées parallèlement.

La digestion doit attirer d'une façon toute particulière l'attention, et l'hygiène de la nutrition est plus nécessaire chez l'idiot que chez qui que ce soit. Incapable de se servir de ses mains, souvent de mastiquer par suite de nombreux vices de conformation de la mâchoire et des dents, d'imprégner ses aliments de salive par suite de l'impossibilité où il est fréquemment de retenir sa salive, il est exposé à toutes sortes de troubles digestifs. Son régime alimentaire doit donc être l'objet de soins particuliers. Il faut d'abord des repas

réguliers, et des rations presque constantes. Les viandes blanches, les œufs, les laitages, les potages, les poissons formeront la base de son alimentation, avec de l'eau rougie ou du lait comme boisson.

La préhension des aliments est préparée par les procédés d'éducation de la main. On apprend à l'enfant à se servir du gobelet, de la cuiller et de la fourchette. Les bouchées doivent être coupées assez menues. Lorsque l'idiot ne sait pas mâcher, il faut lui donner de la viande hachée, attendre qu'une bouchée soit avalée pour lui en donner une autre. On fera perdre ainsi à l'enfant ses habitudes de gloutonnerie et on développera son goût par le contact plus prolongé des aliments avec la langue.

Contre la rumination qui est fréquente chez l'idiot, il est nécessaire de le prendre aussitôt après son repas pour l'occuper et l'empêcher ainsi par la distraction de se livrer à cette pratique, qui devient à la longue impossible à vaincre. Quant à la digestion stomacale, la régularité dans les repas, la mastication suffisante, sont les meilleurs procédés pour qu'elle soit bonne.

La plupart des idiots sont longtemps, et même quelquefois toujours gâteux. Pour les rendre propres, — ce à quoi on n'arrive pas toujours, — il faut les placer régulièrement sur le siège à heures très fixes, dès le réveil, après chaque repas, le soir avant de se coucher et quelquefois dans la nuit, et les y maintenir jusqu'à ce que les fonctions de l'intestin et de la vessie soient accomplies. On peut y joindre aussi les douches ano-périnéales.

La respiration, presque toujours défectueuse, a besoin aussi de certains exercices pour la régulariser, principalement pour la bonne articulation de la parole. Il faut en outre tenir le plus possible l'idiot à l'air libre, car ses fonctions respiratoires et circulatoires sont généralement amoindries.

Les vêtements doivent être amples et ne pas exercer de constriction au cou ni à la poitrine. On devra aussi veiller dans la saison froide à ce qu'ils soient suffisamment chauds,

car les troubles circulatoires, le refroidissement des extrémités, sont très communs chez les idiots.

L'éducation du système musculaire est des plus importantes. Elle a pour but de provoquer et de coordonner les mouvements et d'équilibrer en quelque sorte tous les systèmes.

Chez les idiots absolument complets qui paraissent réduits à l'immobilité absolue, le massage, les frictions sur les membres et les articulations, des douches en jet brisé sur la colonne vertébrale et les membres inférieurs, pourront être avantageusement employés, ainsi que les mouvements passifs prolongés pendant cinq minutes seulement au début.

Une fois que la tonicité et la souplesse des muscles sont amenés à un certain degré, on habitue l'enfant à se tenir debout, soutenu sous les aisselles par des barres parallèles de hauteur variable, ou par un chariot d'abord à direction fixe, puis à direction mobile. On peut plus tard employer la balançoire à tremplin, imaginée par Séguin, dans laquelle l'enfant va buter contre un tremplin qui le force à fléchir les membres inférieurs, puis à les étendre rapidement pour se relancer en arrière, ce qui constitue un jeu auquel il prend goût en même temps qu'un bon exercice.

Une fois la marche apprise, il faut apprendre à l'idiot à monter, descendre, sauter, courir. On gradue tous les exercices au moyen d'escabeaux composés de marches plus ou moins hautes, plus ou moins nombreuses.

C'est un grand progrès que d'en arriver là, car cela implique l'acquisition des idées de distance, de hauteur, de vitesse.

Mais il y a quelque chose de beaucoup plus important encore, c'est l'éducation de la main. On commencera dans ce but par faire prendre à l'idiot des bâtonnets de diverses grosseurs, en commençant par les plus gros, et en lui faisant refermer les doigts pour les maintenir d'abord, et apprendre à les serrer ensuite. On substitue ensuite aux bâtonnets des objets de formes variées, des planchettes d'épaisseurs diverses par exemple.

Grâce à la gymnastique Pichery, on arrive à faire placer

le pouce en opposition dans l'acte de la préhension, et à faire prendre à l'enfant, au commandement, les positions assis et debout. C'est une des parties les plus longues du traitement. Cette petite gymnastique se compose d'échelles de corde étroites dont l'enfant tient une dans chaque main et qui lui sert ainsi à se retenir quand il s'accroupit, et à se soutenir quand il se relève. A ces échelles verticales on substitue l'échelle oblique, dont on lui fait gravir les échelons avec les mains en s'aidant des pieds. Enfin on passe à l'échelle horizontale, où il se suspend complètement aux échelons. Il y a encore l'échelle convexe, rigide comme la précédente, à laquelle l'enfant grimpe en s'appuyant sur le dos, ce qui permet de combattre la tendance qu'ont un grand nombre à se voûter.

Chez les idiots moins profondément atteints, ce qu'il faut surtout combattre, c'est la maladresse plutôt que l'impotence fonctionnelle. Les exercices à exécuter sont donc plus variés et plus délicats. On leur fait saisir des objets de même forme, mais de poids différent; on les leur fait lancer, rattraper quand on les leur lance. On les met aux échelles jumelles Pichery, où des ressorts les forcent à faire un effort pour en vaincre la résistance.

On peut alors utiliser d'une façon pratique l'habileté plus grande de l'enfant à se servir de ses mains, et on lui apprend alors à s'habiller, ce qui nécessite des mouvements compliqués et délicats, ou plutôt on lui apprend, avec des dispositifs indépendants, à lacer des souliers, à boutonner les diverses espèces de boutons.

On lui apprend aussi à tenir une cuiller, une fourchette, un couteau, un verre, une assiette. Il faut saisir les moindres occasions de l'entraîner.

On peut alors le faire jouer et le jeu n'est qu'une nouvelle occasion de développer ses fonctions physiques et intellectuelles.

Un exercice des plus délicats consiste à lui faire enfiler des aiguilles de plus en plus fines, ce qui développe à la fois son sens musculaire et sa vue.

La gymnastique peut encore rendre des services pour modérer les tics dont sont atteints tant d'idiots. Mais le plus souvent, il faut l'avouer, les idiots qui en présentent sont tellement dégradés que tout est inutile, et pas plus chez eux que chez les autres dégénérés qui ont des tics, on n'arrive à les faire disparaître. Des exercices un peu fatigants, tels que les mouvements de flexion et d'extension, avec ou sans haltères, diminuent plus que les autres l'intensité des tics.

Une des conditions de succès les plus indispensables est de ne pas interrompre, ne fût-ce que pendant quelques jours, les exercices d'entraînement, surtout dans les premiers temps, car l'enfant reperd avec la plus grande facilité tout ce qu'il a acquis avec tant de peine, sinon pour lui, du moins pour son instituteur.

Quand on peut faire de l'éducation collective, les mouvements d'ensemble doivent tenir une grande place, car ils s'exécutent beaucoup plus facilement, surtout si on les fait accompagner, comme cela se fait à Bicêtre, de chants, de fanfare, ou du son du tambour, qui entraînent en quelque sorte malgré eux les enfants.

On peut ranger parmi les exercices destinés à développer le système musculaire ceux qui consistent à faire retenir volontairement aux malades leur salive, dont l'écoulement continu leur donne un aspect si repoussant.

L'électrisation faradique des lèvres, l'emploi de bâtonnets qu'on fait tenir entre les lèvres, l'usage du sifflet qui amuse l'enfant, sont des moyens mécaniques qui sont utiles à employer à cet effet.

L'éducation des sens est d'une importance considérable pour le développement de l'intelligence. Elle est encore plus compliquée que celle du mouvement.

La première chose à faire dans l'éducation du toucher est que l'appareil soit en bon état de fonctionnement, c'est-à-dire toujours propre. Cet entretien des mains, principalement, est rendu plus facile par la bonne éducation du mouvement, qui permet à l'enfant d'apprendre à se laver comme il ap-

prend à s'habiller. Il faut aussi veiller à ce que les ongles ne soient ni trop longs ni trop courts, et que dans ce dernier cas surtout l'enfant ne se les ronge pas continuellement, comme cela arrive pour beaucoup. On parvient quelquefois à faire cesser cette mauvaise habitude en enduisant les doigts de substances amères qui le dégoûtent.

Tantôt les enfants ont la pulpe des doigts trop sensible, tantôt trop dure. Dans le premier cas, il faut les exercer à des travaux un peu rudes de façon à l'endurcir; dans le second, il faut mettre les mains à l'abri de l'air et ne les découvrir que pour les exercices. Les idiots ont d'ailleurs fréquemment de l'anesthésie ou de l'analgésie, et particulièrement ils sont insensibles aux variations de température. En agissant sur eux par contraste avec des bains très chauds l'hiver, des douches froides l'été, on peut arriver à éveiller chez eux l'impression du chaud et du froid.

L'éducation du toucher permet d'apprécier les formes, la consistance, le poids, le lisse et le rugueux, le froid et le chaud.

Pour lui faire apprécier les formes, on fait prendre à l'enfant deux objets complètement dissemblables, une boule et un cube par exemple; puis des sphères ou des cubes d'inégales dimensions, puis des solides géométriques variés, et des planchettes de formes également géométriques permettant d'apprécier les surfaces. Des râpes plus ou moins grossières, des étoffes de grain différent servent à faire reconnaître les différences de contact des surfaces.

Pour la consistance, des objets de même forme mais de consistance différente, métal, bois, glaise, caoutchouc, sont employés.

Ces mêmes objets ayant même volume, mais faits avec des substances différentes, permettent de développer les notions de poids.

Pour éduquer la vue, il faut attirer le regard et le fixer. On peut arriver au premier résultat chez les plus indifférents en les conduisant dans une pièce absolument noire et en y faisant briller brusquement un point ou un rayon lumineux, qui

frappe forcément l'œil et attire leur attention. En déplaçant la lumière, on arrive à la faire suivre du regard. Après avoir employé la couleur blanche, on se sert de colorations variées. Puis plus tard on peut éclairer ainsi des figures d'objets connus, d'animaux.

On peut utiliser également les différents objets employés pour l'exercice du toucher, en les colorant de diverses façons, et avec un jeu de figures géométriques mobiles et colorées qu'il s'agit de placer sur des figures de même forme et de même couleur, on arrive à associer les idées de forme et de couleur. En employant ces mêmes figures géométriques colorées de dimensions différentes, l'appréciation des grandeurs se fait plus facilement aussi.

Les différents jeux servent également à développer le sens visuel en même temps que le sens musculaire. Tels sont les jeux d'adresse comme le jeu de tonneau, de boule, de billes, de ballon, etc.

L'ouïe, le sens le plus intellectuel, est le plus difficile à éduquer, en même temps que le plus indispensable. Or, beaucoup d'idiots sont sourds, soit réellement, soit par inattention, ce qui est le cas le plus fréquent.

En présence de la surdité, la première chose à faire est d'examiner l'état de l'organe et de rechercher si la surdité est d'origine cérébrale, ou auriculaire, ou psychique.

Quand il y a simplement faiblesse de l'ouïe, il faut chercher à augmenter sa puissance perceptive. On y arrive quelquefois en lui faisant entendre des sons graduellement plus élevés et plus faibles, en espaçant suffisamment chaque impression. On commencera par exemple par une grosse cloche, puis une sonnette, puis un instrument de musique, et enfin on termine par la voix.

Quand il n'y a que surdité par incapacité de l'attention, il faut remarquer que la plupart des idiots aiment la musique. En se basant sur cette observation, on s'adressera pour attirer leur attention à des sons musicaux, et on se servira par exemple de timbres représentant les notes de l'octave.

Après les leur avoir fait entendre dans une seule direction et à la même distance, on varie les directions et les distances pour leur apprendre à reconnaître d'où vient le son. Ensuite on leur met entre les mains les sonnettes et on les laisse les agiter eux-mêmes, en leur donnant à la fois deux sonnettes de sons différents et les exerçant à vous donner tantôt l'une tantôt l'autre.

Il ne faut pas perdre une occasion d'essayer des sons différents, car il arrive que tel idiot est particulièrement sensible à un son, et tel autre à un autre. En joignant toujours un commandement aux exercices qu'on leur fait faire, on arrive à établir dans leur esprit une association d'idées entre le mot et la chose.

Le goût est souvent perverti chez l'idiot, et il mange quelquefois toutes les ordures qu'il rencontre. Il faut d'abord l'empêcher de porter ainsi à sa bouche des matières quelconques. En outre, au lieu de lui donner des aliments ayant une forte saveur, on lui en donnera de peu excitants. S'il n'y a qu'affaiblissement du goût, on agit par contraste en faisant succéder des saveurs sucrées à des saveurs fortes ou amères. Les soins qu'on donne à la bouche contribuent encore dans une certaine mesure à la juste appréciation des saveurs.

On agit à peu près de même pour l'odorat que pour le goût. Le développement de ce sens n'a du reste pas grande importance. On peut en éveiller la sensibilité en faisant respirer du tabac à priser, du camphre, etc. Ce qui est plus essentiel, c'est d'habituer l'idiot à respirer par le nez. Pour l'y exercer on lui obture la bouche avec la main et on le force ainsi à respirer par les narines.

L'éducation de la parole est d'une importance capitale et mérite qu'on s'y arrête. MM. Bourneville et Boyer ont indiqué la marche à suivre à laquelle il n'y a rien à changer. Il y a lieu de distinguer les idiots qui ne parlent pas du tout et ceux qui parlent un peu, mais mal.

Pour les premiers, il faut d'abord s'assurer de l'intégrité de l'ouïe, et ensuite en faire l'éducation. On débute donc par

développer l'attention auditive, et dans tous les exercices il est indispensable que le maître soit seul avec son élève. J'ai dit plus haut comment, avec des jeux de sonnettes ou de timbres, on arrivait à fixer l'attention auditive. Mais en même temps on attire l'attention visuelle de l'enfant et on lui fait faire des mouvements d'imitation, d'abord avec les bras, puis avec la face, pour ouvrir et fermer la bouche, remuer les lèvres, tirer la langue, etc.

Une fois que l'enfant sait imiter les mouvements nécessaires à la parole, on s'occupe de l'émission des sons, en commençant par les consonnes, comme le recommande Séguin, suivant d'ailleurs en cela ce qui se passe chez l'enfant normal. On emploie d'abord les labiales *b*, *p*, *f*, et on agit par contraste en procédant par entraînement suivant le tableau suivant :

p, *a*, *k*,	*v*, *z*, *j*,
f, *s*, *l*,	*l*, *r*,
b, *d*, *g*,	*m*, *n*,

Les syllabes répétées étant plus faciles à prononcer, on exerce l'enfant aux redoublements, *papa*, *dodo*, etc. C'est du reste le système préconisé par M. Goguillot pour les sourds-muets.

Une fois le premier mot obtenu, il faut augmenter le vocabulaire. Le maître fait asseoir l'enfant devant lui et lui montre un objet usuel, un chapeau par exemple, mot facile à prononcer, et le lui nomme à plusieurs reprises en fixant dessus le plus possible son attention. Il faut dire qu'on se heurte souvent à un entêtement extraordinaire de la part du sujet qui, après avoir répété convenablement le mot une fois, s'y refuse ensuite. Il faut alors l'y décider en le privant de quelque satisfaction tant qu'il ne le répète pas, et en la lui accordant dès qu'il le dit. Ce n'est que plus tard, quand le vocabulaire est déjà un peu développé, qu'on cherche à corriger le défaut de prononciation.

On passe en revue les objets, les personnes, les animaux

qui entourent habituellement l'enfant. On commence à lui nommer les différentes parties de son corps, qu'on lui apprend à montrer quand on les nomme ; puis ses vêtements, puis les objets dont il se sert chaque jour, en commençant par ceux qu'il aime le mieux. Enfin on en arrive aux adjectifs, en se servant des objets qui lui plaisent le plus, comme des jouets, des poupées pour les filles.

Ensuite on leur nomme les couleurs, les formes, les odeurs, et on leur donne la notion de poids. Enfin on passe au verbe, en l'employant à l'infinitif. Beaucoup d'idiots ne peuvent même aller jusque-là ou dépasser ce sommet, et n'arrivent jamais à construire une phrase, si courte qu'elle soit.

Les idiots qui parlent mal par défaut de prononciation sont justiciables d'autres méthodes, et les exercices auxquels on les soumet sont basés sur la connaissance précise du mécanisme de l'articulation. Ils consistent dans l'éducation des lèvres, de la langue, et même de l'émission de l'air, du souffle. C'est tout un cours d'orthophonie qu'il faudrait écrire pour indiquer ce qu'on fait en pareil cas. Cela n'a du reste rien de particulier pour les idiots.

L'instinct de conservation est souvent altéré chez l'idiot qui n'a pas conscience du danger. Il faut saisir toutes les occasions de le lui faire comprendre, sans l'exposer, bien entendu, à en subir des inconvénients. C'est ainsi qu'en approchant sa main d'une flamme assez près pour qu'il en éprouve une impression désagréable, on parvient à lui faire saisir le danger du feu. C'est à l'éducateur de profiter de toutes les occasions journalières pour développer cet instinct.

Au point de vue génésique, toutes les perversions de l'instinct sexuel s'observent aussi bien chez les filles que chez les garçons. L'onanisme est pour ainsi dire la règle. Il est souvent provoqué par des irritations locales d'où la nécessité de surveiller spécialement l'état des organes génitaux et d'éviter tous les froissements des vêtements sur eux. L'onanisme aggrave toujours l'idiotie. Aussi doit-on s'efforcer de le combattre, et il est utile de savoir qu'il se montre souvent

dès le bas âge. Or il est d'autant plus pernicieux qu'il débute plus tôt. Il faut surveiller sans cesse l'enfant, ne le laisser jamais seul aux cabinets, le coucher sur le côté plutôt que sur le dos, le lever dès le réveil, veiller à ce que ses fonctions vésicales et intestinales soient régulièrement accomplies.

Les anaphrodisiaques qu'on a conseillés ne sont guère utiles. Pour ma part je n'ai pas souvenance d'avoir vu guérir l'onanisme chez des idiots.

L'attention est une des conditions fondamentales de l'éducation. Tous les exercices des organes des sens supposent la mise en jeu de l'attention, et la première chose à faire est en effet de l'attirer par un procédé quelconque : brusquerie de l'impression, contrastes violents, impressions très vives, etc.

L'attention visuelle est la plus facile et la plus utile aussi à éveiller. J'ai dit plus haut comment on procédait chez les inattentifs en les plongeant dans une chambre noire où on fait apparaître brusquement un point lumineux. Ensuite on fait passer devant leurs yeux des projections d'objets et d'animaux. Enfin en les replaçant au grand jour, on leur met devant les yeux des objets brillants, des images simples d'abord, puis de plus en plus compliquées. Suivant les types, visuel ou moteur, de l'idiot, on se sert de préférence des images frappant soit ses tendances visuelles par la forme, la dimension, la couleur, soit ses tendances motrices par des images éveillant chez lui les idées de mouvement. Si l'enfant comprend le langage, on peut, d'une façon aussi simple que possible dans l'expression, joindre à l'excitation visuelle l'excitation auditive qui renforce l'idée ainsi éveillée.

La généralisation des idées, la comparaison, les associations des idées se développent tout naturellement au cours des exercices sensoriels.

La mémoire est avec l'attention une des conditions les plus nécessaires de l'éducation. Là encore il faut reconnaître à quel type on a affaire : visuel, auditif ou moteur, de façon à s'adresser de préférence aux images les plus capables de se fixer. Le grand principe est en tout cas de ne faire apprendre

à l'enfant que ce qu'il comprend. Les moindres actes sont des exercices de mémoire. On fait refaire les mêmes promenades, on habitue l'enfant à s'asseoir à table ou ailleurs toujours à la même place; on lui montre les mêmes images dans le même ordre pour lui faire reconnaître celles qui lui ont le mieux plu la première fois; on lui fait répéter le nom des objets, des plantes, des animaux chaque fois qu'on les rencontre. Quant au jugement et au raisonnement, il faut reconnaître que nous n'avons pas grande action sur leur développement.

Nous voici arrivés à l'enseignement pédagogique proprement dit, et j'avoue que je suis tenté de terminer ici. Parvenir au prix de beaucoup de peine à faire épeler ou même lire sans comprendre et écrire tant bien que mal, mais seulement sous dictée, me paraît du temps absolument perdu pour tout le monde, et n'avoir aucune utilité pratique. D'ailleurs les méthodes employées pour la lecture, l'écriture, le calcul ne sont pas sensiblement différentes de celles des enfants normaux. Toutefois, pour la lecture, on peut se servir de lettres en bois dont les voyelles sont d'une autre couleur que les consonnes, de chiffres de couleur différente pour les nombres pairs et impairs, et qu'on fait replacer à l'enfant sur les lettres ou les chiffres imprimés correspondants.

Pour l'écriture, il faut avoir soin de faire écrire les mots usuels qu'on est arrivé à lui faire apprendre en même temps qu'on les lui fait lire et qu'on lui montre les objets qu'ils représentent, de façon à associer ensemble les images visuelles et auditives, objectives et subjectives. Il est indispensable de mener de pair la lecture et l'écriture. C'est d'ailleurs la méthode employée aujourd'hui dans les écoles de la Ville de Paris.

Dans le même ordre d'idées, l'écriture n'étant en somme qu'un dessin symbolique, on fait reproduire à l'enfant la figure des objets qu'on lui présente soit dessinés, soit en nature, en commençant bien entendu par des objets de formes simples et géométriques.

Pour le calcul, l'idiot est particulièrement réfractaire. On commencera en lui mettant dans les mains un certain nombre

de billes ou de bâtonnets. On en place une seule dans une main et plusieurs dans l'autre, et on l'habitue à ces deux expressions : un ou plusieurs, et on lui fait donner au commandement un ou plusieurs de ces objets. Puis on lui apprend à en mettre dans des cases le nombre même inscrit sur la case ou qu'on lui indique. Le tableau à boules de couleur est aussi très utilisé. Ce à quoi on arrive tout au plus chez les plus développés est ce que peuvent faire des enfants de cinq ou six ans.

Quant aux autres branches de l'enseignement telles que l'histoire et la géographie, leur utilité est si contestable que je préfère m'abstenir d'en parler.

Reste l'éducation morale. Ici je serai plus bref encore. Les idées du bien et du mal, du juste et de l'injuste, du devoir et du droit, sont d'ordre trop élevé, trop abstrait, pour que ces êtres inférieurs puissent jamais les entrevoir. Tout ce qu'on peut espérer, c'est de développer chez eux des associations d'idées suffisamment fortes pour les empêcher de nuire, et peut-être leur faire rendre quelques petits services. L'obéissance aveugle doit être l'idéal à atteindre dans ce cas. Il vaudrait donc mieux parler de dressage que d'éducation.

Il est très important de ne laisser rien faire devant eux qui leur soit défendu et qui soit dangereux, à cause de leur tendance à l'imitation. Il faut en outre plutôt leur montrer de la sympathie que de chercher à agir par des menaces qui les rebutent. C'est d'ailleurs une habitude mécanique qu'il s'agit de déterminer plutôt qu'une moralité réfléchie.

C'est ainsi qu'on leur donnera l'habitude de l'ordre et de la propreté en les privant de plaisirs qu'ils devaient prendre s'ils avaient été soigneux ou propres. Pour toutes les tendances fâcheuses qu'ils ont et dont les conséquences peuvent être nuisibles à autrui, c'est en leur en faisant sentir les inconvénients eux-mêmes qu'on arrive quelquefois à les leur faire réprimer.

La sociabilité, qui est presque nulle chez eux, peut être développée un peu en les forçant à rendre service aux autres,

et, s'ils ne s'y prêtent pas, en leur rendant la pareille à la première occasion.

Pour les accès de colère auxquels ils sont très sujets, mieux vaut ne pas chercher à les calmer sur le moment. Il convient de les mettre hors d'état de nuire. Une ou deux heures d'isolement dans une cellule produisent un excellent effet. Ensuite on peut chercher par le raisonnement et la douceur à leur faire comprendre qu'ils doivent se retenir.

Tout cela, on le voit, est bien peu différent de l'éducation ordinaire des enfants normaux, sinon qu'on est beaucoup plus limité dans ses moyens d'action, et que la lenteur avec laquelle se fait l'éducation, — quand elle se fait, — est extrême.

Un des meilleurs résultats qu'on doive s'efforcer d'atteindre c'est de faire travailler l'idiot, de lui faire faire un travail manuel quelconque qui l'occupe. Pour y arriver, il est nécessaire de développer d'abord sa volonté. On la développe en mettant à sa portée des plaisirs ou des moyens de satisfaire ses besoins au prix de certains efforts dont lui-même doit avoir l'initiative. C'est ainsi qu'on le mettra à table sans cuiller ni fourchette, en ayant soin d'en placer en évidence à quelque distance, de façon à ce qu'il aille les chercher spontanément. Mille occasions semblables se présentent dans la vie journalière. C'est à l'instituteur de les choisir.

Le travail manuel, quel qu'il soit, est le couronnement de tous ces efforts, et permet de mettre en jeu toutes les facultés, physiques, intellectuelles et morales de l'idiot. L'oisiveté a pour lui et plus encore peut-être pour son entourage les pires inconvénients. Mais la nécessité de ce but à atteindre est une raison de plus de faire de l'éducation collective. C'est au point de vue moral surtout que l'éducation dans la famille, même avec un maître spécial, est sinon impossible, — à moins que la famille ne s'en mêle pas du tout, — du moins très difficile. Et les difficultés sont assez grandes, les résultats sont assez précaires, pour qu'on ne cherche pas à réunir toutes les chances de réussite. Si l'on ajoute à cela que l'existence d'un idiot au milieu d'autres enfants normaux peut avoir une

fâcheuse influence sur eux, et que les mères ont en général une prédilection, et une prédilection anormale, pour ces êtres dégénérés, comme s'ils avaient conscience de leur déchéance et qu'on veuille leur en amoindrir l'amertume, on comprendra qu'une éducation aussi délicate à conduire doive être faite par des maîtres spéciaux et dans des établissements spéciaux.

TABLE DES MATIÈRES

DU FASCICULE E

CHAPITRE PREMIER

Notions de pathologie et de thérapeutique générales sur les maladies mentales, par V. Magnan et A. Pécharman.

CHAPITRE II

Traitement de la paranoia aiguë ou délire systématisé aigu, par Ph. Chaslin.

CHAPITRE III

Traitement du délire hallucinatoire, par Ph. Chaslin.

CHAPITRE IV

Traitement de la confusion mentale primitive idiopathique, par Ph. Chaslin.

CHAPITRE V

Traitement de la paralysie générale, par A. Mairet.

CHAPITRE VI

Traitement des états maniaques, par E. Blin.

CHAPITRE VII

Traitement des délires de persécution, par V. Magnan et A. Pécharman.

CHAPITRE VIII

Traitement de la mélancolie, par Ant. Ritti.

CHAPITRE IX

Traitement de la folie intermittente, par V. Magnan et A. Pécharman.

CHAPITRE X

Traitement de la démence, par E. Blin.

CHAPITRE XI

Traitement de l'idiotie, par Paul Sollier.

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 35759.

